Paris 1972

FACULTE DE MEDECINE XAVIER-BICHAT

Année 1972

N° 92

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)
PAR

Nadine ROUSSELET née SADONES
le 20 Fevrier 1939 à Lille (Nord)
ANC. INTERNE des HOPITAUX de PARIS
ATTACHE-ASSISTANT A LA FACULTE

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION à L'ETUDE PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE DES POLYOPERES

Président : Mr J.CAMBIER, Professeur

FACULTE DE MEDECINE XAVIER-BICHAT

Année 1972 N°

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)
PAR

Nadine ROUSSELET née SADONES
le 20 Fevrier 1939 à Lille (Nord)
ANC. INTERNE des HOPITAUX de PARIS
ATTACHE-ASSISTANT A LA FACULTE

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION à L'ETUDE PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE DES POLYOPERES

Président : Mr J.CAMBIER, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Gérard

A Vincent et Laurence

A mes parents

A tous les miens

A mes amis

A Monsieur le Professeur CAMBIER

qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse,

en hommage respectueux et reconnaissant

A Mademoiselle le Professeur Agrégé LEMPERIERE

qui m'a suggeré le sujet de cette thèse
et qui m'a orientée dans ce travail
avec une sollicitude dont je lui suis
profondément reconnaissante

A Monsieur le Professeur DELMAS

Membre de l'Académie Nationale de Médecine

qui a bien voulu me témoigner sa confiance en me chargeant d'enseignement de Neuro-Anatomie,
pour son accueil toujours si chaleureux,

en témoignage de mon très respectueux attachement et de ma gratitude

A Monsieur le Professeur BOUDIN

en témoignage de ma reconnaissance

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Professeur LARRIEU
Monsieur le Professeur De GAUDART D'ALLAINES
Monsieur le Professeur DELAY
Monsieur le Professeur LE BEAU
Monsieur le Professeur LAUNAY
Monsieur le Professeur ROSSIER

A mes Maîtres d'Internat des Hopitaux psychiatriques

Monsieur le Docteur V. BERTRAND

en remerciement de tout ce qu'il a fait pour moi

Monsieur le Docteur POSTEL

A mes Maîtres d'Internat des Hopitaux de Paris

Monsieur le Professeur KOURILSKY
Monsieur le Docteur UHRY
Monsieur le Professeur MOREAU
Monsieur le Professeur DUPERRAT
Monsieur le Professeur BUGE
Monsieur le Professeur DELAY
Monsieur le Professeur BOUDIN

A Madame le Professeur Agrégé HIDDEN
Monsieur le Professeur Agrégé RAVEAU,
en témoignage de mon amitié.
Madame le Docteur GUTMANN
Monsieur le Docteur R.MOULY
Monsieur le Docteur FELINE
en reconnaissance pour leurs conseils éclairés.

A Madame le Docteur SINGER
Monsieur le Docteur OLIVIER MARTIN
pour l'aide qu'ils m'ont apportée

Ma reconnaissance va aussi au Personnel du Laboratoire d'Anatomie dont l'assistance m'a aidé à réaliser cette thèse, et tout particulièrement,

Madame De CARDAILLAC
Madame DEDIEU
Mademoiselle GUYONVARCH
Mademoiselle POTIER
Mademoiselle THAVEAU

HISTORIQUE

Nous sentons plus un coup de rasoir du chirurgien que dix coups d'épée en la chaleur du combat .....

Montaigne

La psychopathologie des sujets polyopérés a été peu étudiée jusqu'à une époque récente. On peut s'en étonner puisqu'il est d'observation courante de constater quel attrait abusif exerce sur certains sujets tout ce qui concerne la chirurgie, et il n'est pas de chirurgien, de médecin éxerçant une spécialité para-chirurgicale qui n'ait dans sa clientèle cette catégorie de consultants à la recherche d'interventions chirurgicales.

Il faut penser que l'idée d'une collaboration entre psychiatres et chirurgiens ne se fait voie que depuis peu.

Si l'on fait la revue de la littérature concernant ce problème, on est étonné du vide rencontré jusqu'en 1935.

Depuis Ambroise PARE, rapportant "les fourberies de ces bélistres et méchants gueux qui contrefont les malades afin que le monde, en ayant pitié, leur donne...",

il faut arriver aux études de BRODIE en 1837 sur "l'Affection hystérique des jointures" pour pouvoir signaler les désarticulations littéralement imposées au chirurgien par certains de ses malades.

En 1843, CHOWNE (rapporté par ENOCH) décrit un malade qui raconte des détails fantastiques sur des aventures vécues, se livre à des automutilations pour prouver l'existence d'une maladie somatique et qui s'est soumis à des examens et à des opérations multiples.

MORSELLI , 1886, entrevoit le problème à propos de dysmorphophobies, puis en 1887, CHARCOT, lors d'un cours sur un cas "d'Hystérie et Neurasthénie chez l'homme" expose l'histoire d'un malade de 38 ans, employé de la SNCF et il sépare ce qui revient dans la symptomatologie soit à la neurasthénie : c'est la perte des fonctions sexuelles et la dyspepsie, soit à l'hystérie : c'est l'affaiblissement de la force dynamométrique du côté gauche, avec une hémi-analgésie gauche. Nous citons la suite de l'exposé :

" Le testicule du côté gauche est plus sensible que celui du côté droit. C'est un testiculaire par opposition à l'ovarienne hystérique et ici, il faut bien que je réponde à un médecin de New York qui m'accuse d'être la

cause de toutes sortes de désordres épouvantables pour avoir dit que les hystériques étaient atteintes d'ovarie. Il y aurait d'après lui des quantités de chirurgiens qui se seraient mis à enlever les ovaires pour guérir l'hystérie. Ce serait l'abomination de la désolation. Je n'ai jamais dit sottise pareille, ce confrère se méprend sur mon état mental. Si j'ai dit qu'il y avait certaines hystéries qui étaient ovariennes, c'est que j'en suis sûr. Je n'ai jamais dit que l'hystérie avait pour cause l'ovarie. J'ai dit que quand les hystériques étaient ovariennes on arrêtait les accès en exerçant une pression sur l'ovaire, mais je ne suis pas assez naïf pour avoir prétendu que l'hystérie avait son siège dans les ovaires. On peut avoir dans le dos une plaque hystérogène sans que le dos soit la cause de l'hystérie et jamais de la vie je n'ai conseillé qu'on enlevât les ovaires. Je ne suis pas aussi simpliste, je crois la chose beaucoup plus complexe. Assurèment, au lieu de prétendre que j'aurais mieux fait de me taire, le confrère de New York aurait mieux fait de me lire. Il n'aurait certes pas trouvé cela dans mon enseignement, au contraire, il aurait vu que je proteste contre cette tendance trop radicale de certains chirurgiens à enlever les ovaires en cas d'hystérie générale. Cela n'a ni queue ni tête, il faudrait alors enlever un morceau de la peau du dos pour supprimer les plaques hystérogènes, il faudrait couper les testicules des testiculaires. Je vois arriver maintenant, retour d'Allemagne ou de Suisse, des dames qui n'ont plus d'ovaires. Elles ont des cicatrices sur le ventre, elles sont tout aussi malades qu'auparavant, un point hystérique de moins, ce n'est pas la guérison de l'hystérie."

Dès cette époque, la chirurgie devait donc, dans sertains cas, chercher à guérir des malades par une intervention radicale mais peut-être inadéquate.

DIEULAFOY (1908) pressent l'obscurité qui entoure les pathomimies. Rappelons brièvement cette première observation rapportée par DIEULAFOY en 1908, à l'Académie de Médecine au cours de la séance du 9 Juin.

Il s'agissait d'un homme de trente ans qui venait consulter pour des plaques de gangrène évoluant depuis 2 ans, ayant déjà fait pratiquer l'amputation du bras gauche après l'échec de multiples traitements et chez qui se posait le problème de nouvelles interventions. DIEULAFOY, ayant acquis la conviction que le malade provoquait lui-même ses lésions, et cela sans qu'aucun bénéfice apparent ne puisse expliquer un

tel comportement, parle au malade en tête à tête, lui disant : "Jusqu'à ce jour vous n'avez été qu'un malade... vous obéissiez à une impulsion irrésistible, vous étiez sous le coup d'une obsession... en un mot, vous n'étiez pas responsable..." Si l'on en croit l'observation, le malade avoue alors qu'il crée lui-même ses plaies à l'aide de potasse. La guérison fut définitive et, parait-il, le malade en garda une profonde reconnaissanse... Telle était à cette époque la force persuasive de la parole du médecin.

En 1913, Ch. BLONDEL rapporte, dans sa thèse de Doctorat es-lettres, l'observation commentée d'une pensionnaire de la Salpétrière, prénommée Adrienne. Cette couturière, agée de 26 ans, est hospitalisée dans le service de DEJERINE pour une psychose d'angoisse avec troubles cenesthésiques et préoccupations hypocondriaques.

Le début de ses troubles remontent à 16 ou 17 ans, avec des céphalées qui s'aggravent peu à peu, des douleurs ovariennes, un épisode d'aménorrhée pendant 11 mois, des troubles digestifs qui sont un élèment majeur du tableau : " elle éprouve de la gêne, des battements, des gonflements, des douleurs irradiant dans le dos. Il lui est arrivé de vomir aliments, sang ou bile..."

Or, ces douleurs, note BLONDEL, "ne se traduisent pas autrement que ne le font les nôtres... Tout médecin est exposé à en entendre à peu près autant tous les jours, pour peu qu'il ait affaire à des clients nerveux et d'imagination facile." Mais le comportement de cette femme quant à ces problèmes apparemment viscéraux, est loin d'être normal : "demeurer des heures accroupie sur un banc sans rien dire, refuser de sortir, de se lever, rester alitée pendant 8 mois, enfermée dans sa chambre, les rideaux tirés, même en plein jour... se laisser nourrir à la sonde pendant 7 mois et finir par se la passer soi-même, cesser tout travail parce que les digestions sont trop pénibles, ne plus lire une ligne à cause de sa faiblesse et ne presque plus parler parce que la moindre conversation fatigue, mais bien marcher quand on est seule et qu'on se croit à l'abri du regard et se courber, chercher des points d'appui dès que l'on sent la présence de quelqu'un... Voilà qui dépasse de bien loin les communes réactions des malades de l'estomac... " Enfin, "elle rumine des idées d'intervention chirurgicale, j'ai toujours cru dit-elle, qu'il fallait que l'on m'opère pour l'appendicite ou pour l'estomac..." Lorsqu'elle raconte sa biographie, cette malade fait remonter le début

de ses troubles à une tentative d'aggression commise par un maraudeur, aggression dont on ne tient aucune preuve et qui n'est pas loin de sembler mythique.

Les commentaires qu'inspire ce cas à BLONDEL sont remarquablement intéressants, puisqu'il écrit : "Il s'agit d'un véritable délire en action... la pensée discursive et sa traduction, la parole, ne sont pas les seules expressions de l'activité mentale qui s'actualise également en attitudes, en mouvements et en démarches complexes. Pour délirer, nous avons donc d'autres moyens que la pensée conceptuelle, il est des délires qui se parlent avant de se vivre, il en est d'autres qui se vivent avant de se parler, et les deux manifestations ne se complètent pas nécessairement...

On pourrait dire que, deux directions s'offrant à l'activité morbide, la voie conceptuelle et la voie motrice, après quelques incursions dans l'une, elle s'est toute entière portée dans l'autre et a abouti à une exceptionnelle floraison de troubles moteurs, à un véritable délire des actes".

Dix ans plus tard, FREUD effleure le problème au cours de l'analyse de Dora, à propos de l'intervention subie pour une prétendue appendicite. Nous en reparlerons, il ne s'y arrête pas, ou en tous cas, n'en tire aucun argument d'ordre général.

Entre 1926 et 1930, Mme BRUNSCHWIG reprenant en analyse le patient dont FREUD avait rapporté le cas sous le nom de l'homme aux loups, complète l'histoire de ce malade.

Cet homme vivait alors dans l'obsession absorbante de l'état de son nez. Entre 1924 et 1926 il avait réclamé et obtenu 5 ou 6 interventions successives, d'importance variable, sur le massif facial sans jamais être définitivement satisfait. Il avait finalement envisagé de faire un procès à son chirurgien, "de se présenter à l'improviste dans son cabinet, de le dénoncer publiquement, de lui réclamer en justice une indemnité pour sa mutilation".

BRUNSCHWIG nota le caractère pathologique d'un tel comportement, en donnant des explications analytiques dont elle tira profit pour la cure du malade, mais le problème général de l'appétence abusive pour les interventions chirurgicales, n'en fut que médiocrement éclairé.

Pourtant ces années 1925-1935 étaient une grande époque de la chirurgie.En particulier en 1927, au 36ème Congrès de Chirurgie, les chirurgiens s'intéressaient beaucoup au problème des périviscérites. Les périviscérites expliquaient alors la majorité des symptomes douloureux ou sténosants qui n'étaient pas d'origine évidemment viscérale. L'interprétation univoque des troubles fonctionnels abdominaux, la transposition active des images radiologiques en réalité anatomique, firent le succès de cette conception.

Sous l'impulsion de LARDENNOIS elle trouvait sa récompense en une sanction thérapeutique séduisante : la libération des organes hors de leur gangue douloureuse, la section des brides sténosant les transits. Le test anatomique, la sémiologie radiologique, la thérapeutique chirurgicale firent le succès passager et l'hypertrophie démesurée de ce chapitre de la pathologie digestive.

Et à la suite de LARDENNOIS, de nombreux auteurs envisagèrent sur le plan organique et chirurgical le problème de ces polyalgiques, polyopérés, chez lesquels un traitement chirurgical pour libération d'adhérences devait entrainer la sédation des douleurs. Il est maintenant établi depuis longtemps que la thérapeutique chirurgicale, outre qu'elle apporte des démentis au diagnostic, n'apporte aucun soulagement dans les périviscérites les plus authentiques et aggrave parfois les douleurs des malades, et peu d'années ont suffi à détruire cet édifice clinique, radiologique et chirurgical.

En 1935, K.A. MENNINGER dans un article intitulé " La Polychirurgie et l'appétence polychirurgicale" aborde, l'un des premiers, l'ensemble du problème.

Soulignant que des motivations inconscientes déterminent la conduite du chirurgien tout autant que celle du patient qui se soumet à l'intervention, il rappelle tout d'abord la vieille interprétation analytique selon laquelle la pratique chirurgicale serait une sublimation des pulsions sadiques. Et elle n'est pas que sublimation, sinon seuls des facteurs objectifs (degré d'infection, abondance de l'hemorragie, importance de la difformité), détermineraient l'acte opératoire. Pour MENNINGER, la conduite de certains chirurgiens, il en donne des exemples, laisse apparaitre des traits franchement sadiques.

Passant à l'autre aspect du problème, il remarque que certains chirurgiens ne tiennent pas assez compte des facteurs psychologiques qui

sous-tendent bon nombre d'affections organiques et oublient "qu'on ne peut ôter certains problèmes de l'esprit des gens par le seul bistouri".

D'autre part il constate l'habileté de certains sujets à forcer la main du chirurgien, soit par leur insistance directe à réclamer l'intervention; soit en traduisant leur exigence par des symptomes cliniques trompeurs.

Parmi les motivations inconscientes avancées par MENNINGER, figure en premier lieu l'hypothèse que le malade, en se faisant opérer, évite d'avoir à faire face à quelque chose qu'il craint encore plus de la chirurgie, nous en reparlerons.

Ce n'est ensuite qu'en 1951 que le problème fut abordé avec de nouveaux arguments par Richard ASHER .

C'est dans le Lancet du 10.II.1951, qu'ASHER propose de décrire ce comportement, dans sa forme majeure, sous le nom de syndrome de Munchausen, en souvenir du célèbre Baron allemand dont Théophile Gautier a traduit les aventures extraordinaires en 1862. "A peine a-t-on entendu deux ou trois de ses aventures, écrit Th. Gautier, qu'on se laisse aller à la candeur honnête et minutieuse de ce style qui ne serait pas autre s'il avait à raconter une histoire vraie. Les inventions les plus monstrueusement extravagantes prennent un certain air de vraisemblance, déduites avec cette tranquillité naïve et cet aplomb parfait..."

C'est sans doute sur des souvenirs de lectures assez lointaines qu'ASHER proposa cette appellation de syndrome de Munchausen, car il faut reconnaitre que les aventures du Baron n'ont aucun rapport direct avec celles de ces malades "chirurgicomanes" qui sont l'objet de notre étude.

Le terme proposé par ASHER suscita d'ailleurs une certaine agitation chez nos confrères anglais et plusieurs publications critiquèrent la dénomination de la maladie.

Parmi elles, citons celle de WINGATE qui proposa d'appeler cet ensemble de symptomes : le syndrome d'Ahasverus - du nom du juif errant de la légende.

Citons aussi CLARK et MELNICKE (1958) qui proposèrent "clochards hospitaliers"+, ce qui apporte peu à l'objectivité de la description. D'autres proposèrent encore : "Syndrome d'appétence hospitalière" (BARKER,1962), "Maladie factice chronique" (SPIRO, 1968).

Signalons aussi la maladie de Lucy, ainsi nommée par référence à un poème

+ Hospital Hoboes

de Woodsworth et homologue féminine du syndrome de Munchausen.

Enfin, pour en terminer avec ces problèmes de terminologie, mentionnons les sous catégories aux dénominations colorées, proposées pour les trois premières par ASHER, d'autres auteurs ayant cru bon d'y ajouter leurs réminiscences d'humanités latines.

C'est ainsi que sont décrites et répertoriées dans la littérature une forme abdominale, appelée "laparotomophilie migrans", une forme hémorragique "l'hemorragica histrionica", une forme neurologique "neurologica diabolica" auxquelles s'ajoutent la "dermatitis autogenica" et"l'hyperpyrexia figmentatica".

Peu importent au total ces dénominations fantaisistes, il faut retenir surtout que à partir de 1951, l'attention était attirée sur ces malades étranges que leurs complaintes conduisent à l'opération et qui ne tardent pas à réclamer, avec insistance, d'autres mutilations chirurgicales. Les reconnaitre, les dépister, semble aisé car cette appétence insatiable et injustifiée devrait attirer l'attention du chirurgien.

Schématiquement, et dans la forme majeure presque caricaturale décrite par ASHER, il s'agit de patients qui se présentent à l'hopital en urgence, de préférence à une heure où ils seront accueillis par un externe de garde ou un jeune interne, dans un tableau d'urgence abdominale, avec souvent des vomissements, voire une hématémèse, de la fièvre, des signes cardio-vasculaires, parfois des signes neurologiques ou cutanés.

Au pire, ils sont opérés sur le champ et l'opérateur s'étonne de ne rien trouver. Au mieux, ils sont mis en observation.

Leur conduite est remarquable par l'absence de coopération avec le personnel infirmier et le refus de s'engager sur la voie des confidences. Ces malades, loquaces, intarissables quand il s'agit de leur symptomatologie organique, deviennent brusquement silencieux et d'une étrange discrétion sur le plan psychique. Il est habituel d'ailleurs, de les voir signer leur pancarte dès qu'on envisage de les confier au psychiatre. On s'aperçoit souvent alors qu'ils ont donné une fausse identité, ou tout au moins inventé de toutes pièces une biographie valorisante.

Nous rapportons les trois cas principaux de "syndrome de Munchausen". Nous avons résumé les deux premiers et rapporté in extenso le troisième. ASHER insiste sur deux aspects de ces observations,d'une part sur la relative habileté des chirurgiens à refuser l'acte opératoire, d'autre part sur le caractère revendicateur de ces malades qui selon son expression

"font perdre beaucoup de temps aux chirurgiens et causent beaucoup de tracas dans les services où ils se présentent."

Abstraction faite de ces réactions de rejet de la part des chirurgiens et qui les impliquent sans doute autant que leurs patients, il n'en reste pas moins que ces trois malades ont réussi à subir un nombre impressionnant d'interventions.

1ère observation

Un homme de 47 ans déclarant s'appeler Thomas BEECHES, est transféré de l'Hopital d'Harrow au service de psychiatrie central de Middlesex.

Il avait été admis trois jours plus tôt sur l'hypothèse d'occlusion intestinale. La laparotomie exploratrice n'avait rien montré. Après l'intervention, il accusa l'infirmière de garde d'avoir fouillé sa valise pendant qu'on l'opérait, devint agressif et réclama sa sortie.

Son agressivité et cette insistance insensée à vouloir quitter l'Hopital le lendemain d'une laparotomie, le conduisit au service de psychiatrie. A l'interrogatoire, il a une bonne capacité de raisonnement et se montre convaincant. Son abdomen est couvert de cicatrices. Il raconte que, en 1942, alors qu'il était dans la marine marchande, il a été torpillé et a reçu plusieurs blessures abdominales. Fait prisonnier par les Japonais, il est emmené à Singapour jusqu'en 1945, et pendant cette période, souffre de fistules intestinales. En 1945, à la libération de Singapour, il est hospitalisé à Freemantle où il subit 11 interventions en 7 mois (pour réparer les fistules intestinales). Depuis cette date il est resté sur la côte et ne l'a quittée que pour son hospitalisation (4 jours plus tôt à Harrow).

Le parfum de Munchausen qui entourait cette histoire conduisit à mener une enquête. Elle révèla que 8 jours plus tôt, alors qu'il était censé être au bord de la mer, le malade se trouvait hospitalisé à l'Hopital St James de Belham se plaignant de douleurs abdominales aigues. Un an plus tôt il avait été hospitalisé dans le même hopital pour la même raison.

On s'aperçut ensuite que, en 1943, au lieu d'être à Singapour, il avait été admis à l'Hopital Central de Middlesex pour "éclatement d'une ancienne blessure de torpille", avec une plaie anfractueuse de la fosse iliaque droite. Il avait alors raconté une telle série d'histoires con-

tradictoire qu'on l'avait transféré à l'Hopital psychiatrique de Shenley comme psychopathe. Il fut gardé en observation pendant deux mois, puis libéré. Pendant cette hospitalisation à Shenley on lui découvrit un long passé de délinquant, il avait été inculpé à trois reprises. D'autre part, il avait été hospitalisé deux fois à l'Hopital psychiatrique de West Park.

Pendant cette nouvelle hospitalisation, on ne lui découvrit rien de très précis et on le laissa sortir trois jours après son admission.

Quinze jours après, un employé du service de chirurgie apporta le dossier d'un malade qu'il avait rencontré à l'Hopital de Norfolk et Norwich en 1949. Il s'agissait du même malade, sous le même nom de Thomas BEECHES, il avait été hospitalisé pour occlusion intestinale aigue. Il avait raconté qu'il avait passé 33 ans dans la R.A.F. et avait été "descendu" au dessus de Mannheim en 1942. Il avait du subir à la suite de cet accident "8 opérations abdominales et 3 courts-circuits". Après le traitement de l'épisode occlusif, qui avait entrainé morphine, alimentation intraveineuse et aspiration gastrique, il refusa la laparotomie et signa sa pancarte trois jours après son entrée.

Nul doute qu'il ne continue à courir d'un Hopital à l'autre.

2ème observation

Une femme de 29 ans, déclarant s'appeler Margaret COKE, est admise le 13 Juin 1948, souffrant depuis trois jours de violentes douleurs abdominales et de vomissements. Sa paroi abdominale n'est que cicatrices. Bien qu'elle ait été amenée d'une adresse voisine, elle donne comme domicile Houston (Texas) et dit que toutes les opérations précédentes ont été pratiquées là, certaines l'ayant été par un vétérinaire.

Cliniquement le tableau évoquait une occlusion subaigue et la malade est traitée par morphine et aspiration. Elle sort sur sa demande six jours plus tard. Trois semaines plus tard, une femme disant s'appeler Elsie SILVERBOROUGH, est admise par une autre équipe de garde dans le même Hopital, après qu'on l'ait trouvée sans connaissance sur la voie publique. Elle déclare un domicile dans le Lancashire. On établit qu'elle était sortie le jour même sur sa demande de l'Hopital de Wembley où elle avait été admise la veille sur la suspicion d'occlusion intestinale. Là aussi, elle avait été ramassée inconsciente sur la voie publique et amenée par Police Secours.

Elle raconte qu'elle a subi plusieurs interventions à l'Hopital de

Manchester. Un employé des admissions la reconnait alors et l'identifie à la Margaret COKE qui prétendait avoir été opérée par un vétérinaire du Texas.

L'enquête menée à l'Hopital de Manchester n'aboutit pas mais un garçon de salle reconnait la malade qu'il a vu à deux reprises à l'Hopital Royal du Nord en Octobre et Novembre 1947, sous le nom d'Elsie PACKOMA. A cette époque, elle avait été admise d'urgence en état d'ivresse, se plaignant de rétention d'urine. Elle fut immédiatement sondée puis refusa tout traitement, elle refusa son admission et ne voulut pas signer de décharge et déclara rentrer à son hotel pour consulter son médecin habituel.

En reprenant l'enquête à l'Hopital de Manchester, on découvrit un dossier Elsie PACKOMA, concernant une "balafrée de l'abdomen" résidant à Manchester et admise pour occlusion intestinale aigue en Novembre 1947, deux jours après qu'elle ait quitté l'Hopital Royal du Nord. Elle avait été traité par morphine, aspiration, perfusions, mais non opérée : elle avait quitté le service contre avis médical, deux jours après son admission.

Lorsqu'elle quitta le service trois jours après son admission à l'Hopital Central de Middlesex, elle confia avoir toujours habité Picadilly et y vivre de prostitution.

3ème observation

Il s'agit d'une femme de 41 ans, donnant l'identité d'Elsie de COVERLEY. Elle est admise à l'Hopital Central de Middlesex, le 7 Février 1950, après une perte de connaissance dans l'autobus.

Elle déclare présenter un melaena depuis deux jours et une douleur abdominale intense depuis 24 heures, avec vomissements de sang noir. A l'examen elle parait en mauvais état général. Son abdomen est couvert de cicatrices et ses veines des poignets portent les traces de tentative d'autolyse. A l'auscultation, on note un souffle presystolique mitral. Elle nous dit avoir subi, depuis cinq ans, deux interventions pour perforation, une autre pour gastroenterostomie et une pour occlusion intestinale. Les interventions avaient été pratiquées au Royal Devon and Exeter Hospital et, selon elle, elle devait y retourner pour une gastrectomie partielle.

Le diagnostic porté à l'admission est celui d'hemorragie d'ulcère gas-

trique avec sans doute perforation. Toutefois, contrastant avec l'intensité de la douleur, il n'y a pas de contracture abdominale et la radiographie sans préparation ne montre pas de pneumopéritoine; la recherche de sang dans les selles n'est que faiblement positive, le taux d'hémoglobine est à 96 %.

En téléphonant au Royal Devon and Exeter Hospital, on apprend qu'elle n'y a été hospitalisée qu'une fois en 1944, n'y a jamais subi d'interventions sur l'abdomen, mais que par contre à plusieurs reprises il y a eu plusieurs demandes de renseignements à son sujet.

Devant la persistance des douleurs, on demande un rendez-vous de gastroscopie et un transit gastroduodénal, mais la malade signe sa pancarte huit jours après son entrée, en disant que personne n'a jamais cru qu'elle souffrait.

On reprend alors l'enquête biographique de cette patiente, grâce à l'aide du Royal Devon and Exeter Hospital, qui avait noté scrupuleusement à chaque fois, l'origine des demandes de renseignements concernant cette malade. Le résultat de cette enquête, probablement incomplet est le suivant :

- Février 1944, hospitalisation pour épistaxis au Royal devon and Exeter Hospital, sous le nom d'Elsie de COVERLEY.
- 9 Avril 1947, admission à l'Hopital général de Croydon, où elle se présente comme sténo-dactylo du nom de Joan MORRIS. Elle raconte des antécédents d'hématémèse et de troubles digestifs. Mise en observation au lit et au régime, elle sort sur sa demande deux jours plus tard.
- du 31 Octobre au 16 Novembre 1947, elle se trouve à l'Hopital Royal de Sussex, sous le nom de Joan SUMMER. On la pense atteinte d'un ulcère avec saignement, on l'opère mais on ne trouve qu'une occlusion subaigue par brides et une cicatrice d'ulcère duodénal. On pratique une gastro-jejunostomie. Elle quitte le service contre avis médical le 16 Novembre, se plaignant toujours de vives douleurs abdominales.
- 10 Décembre 1947, elle est admise à l'Hopital général de Croydon pour un syndrome aigu "qui la plie en deux", elle s'appelle Elsie LAYTON et se dit infirmière. Elle prétend que l'on doit incessamment lui faire une gastrectomie partielle à l'Hopital de Birmingham. Les recherches faites pour prévenir sa famille n'aboutissent pas car elle a donné un faux nom et une fausse adresse. Elle signe alors sa pancarte et est admise quelques jours plus tard à l'Hopital régional de Redhill, raconte la même histoire et quitte le service quelques jours après.

- Du 29 JAnvier au 29 Mars 1948, elle est à l'Hopital de Paddington, s'appelle Joan SUMMER et subit une laparotomie pour hémorragie d'ulcère bulbaire. Elle se plaint ensuite de douleurs angineuses puis sort, sur sa demande, après s'être disputée avec le personnel.

- Fin Mars 1948, elle se trouve au West London Hospital, sous le nom de JOan LARK, avec des douleurs subjectives et un syndrome hemorragique et signe rapidement sa pancarte.

- Du 6 au 9 Avril, elle est à nouveau Joan SUMMER à l'Hopital de Fulham, elle prétend avoir été opérée à New York (où on ne trouve pas trace de son passage) et se plaint toujours de douleurs abdominales et d'hématémèses. Le 9 Avril elle est reconnue par un chirurgien du West London Hospital et demande immédiatement sa sortie.

- Le 10 Juillet 1948, elle se fait admettre au Guy's Hospital sous le nom de Joan MALKIN, puis déclare que c'est là un pseudonyme et que son vrai nom est Joan COVERLEY. Elle prétend avoir été antérieurement opérée à Edimbourg, (ce que dément cet Hopital). On la croit atteinte d'un ulcère perforé mais la laparotomie ne le confirme pas et on trouve seulement de nombreuses adhérences. Elle sort sur sa demande trois jours après l'intervention et ne reviendra pas faire enlever ses agrafes.

- Le 6 Janvier 1950, elle est admise au Royal Free Hospital sous le nom d'Elsie de COVERLEY, avec le même tableau chirurgical, elle quitte le service le 11 Janvier prétextant le décès de sa soeur (ce qu'elle prétendra également dans d'autres Hopitaux).

- Le 18 Janvier elle est admise à St Marry Abbots sous le même nom, après avoir eu un malaise dans Kensington et prétendant souffrir et vomir du sang. Lorsque 48 heures plus tard, on lui annonce qu'elle ne sera pas opérée, elle arrache son tube d'aspiration gastrique et demande sa sortie. Le même jout elle se fait admettre à l'Hopital Universitaire, et elle subit cinq jours plus tard une laparotomie pour suspicion de perforation. On ne trouve que des adhérences, elle sort cinq jours après pour se faire admettre à l'Hopital St Barthelemy qu'elle quitte le lendemain.

- Du 7 au 15 Février, elle est à l'Hopital Central de Middlesex. C'est le début de notre observation.

Son histoire ne s'arrête pas là, le 7 mars 1950, elle se présente sous le nom de Jean HOPS, à l'Hopital E.G. Anderson, d'où elle est transférée d'urgence au Royal Free Hospital. Là, elle est reconnue par l'infirmière de garde et l'employé des admissions et renonce à se faire hospitaliser.

- Le 27 Mars c'est Elsie de COVERLEY qui se présente à l'Hopital

de Middlesex, avec la même histoire. Elle y reste trois jours et sort lorsqu'elle apprend qu'on a demandé des renseignements au Royal Devon and Exeter Hospital.

- Le 12 Avril, elle est admise à l'Hopital général de Croydon, prétend qu'elle doit subir sous peu une gastrectomie partielle au Royal Devon and Exeter Hospital. Pendant qu'on téléphone pour se renseigner, elle quitte son lit, s'habille et s'enfuit.

- Le 17 Avril, sous le nom d'Elsie SHECKLETON, elle se présente au Hackney Hospital qui est le dernier rapporté par ASHER.

- En 1958, BARKER et GRYGIER devaient apporter la suite de la biographie de cette malade qui sous divers pseudonymes continuait à fréquenter assidûment les Hopitaux anglais. Après plusieurs admissions pour syndromes angineux, ayant fait craindre un infarctus du myocarde, elle subit en 1955 une ganglionectomie cervicale gauche (à visée antialgique). Elle présente depuis cette date un syndrome de CL. Bernard-Horner du côté gauche et son dernier séjour hospitalier signalé a eu lieu en Novembre 1957.

Signalons déjà que ce syndrome de Munchausen ne nous parait représenter qu'une facette, la plus brillante par son aspect caricatural de l'ensemble des problèmes des polyopérés. Or, cet extraordinaire contexte de fabulation ne parait pas devoir être ignoré, lorsqu'il se présente, du chirurgien si naïf et crédule soit-il.

Pourtant, en 1961, dix ans après la description princeps d'ASHER il n'y avait que douze cas de syndrome de Munchausen, faisant l'objet d'une étude psychiatrique. Il faut moins s'étonner, dès lors, que le polyopéré habituel, le chirurgicomane par ailleurs normalement intégré dans la vie courante, passe encore plus inaperçu, parvienne encore plus rarement jusqu'au psychiatre.

Et c'est peut-être ce surprenant aveuglement des chirurgiens qui fait que, au cours des vingt dernières années, moins d'une vingtaine de travaux aient étudié l'ensemble du problème de façon approfondie.

Quelques uns de ces articles marquent des étapes successives dans la compréhension de la maladie. Nous les analysons brièvement.

TODD, en Mars 1951 dans le Lancet, rapporte un cas de malade polyopérée. Il la vit en 1949. Nous rapportons brièvement son histoire.

De nombreuses cicatrices sur l'ensemble de son corps montraient le temps passé sous le scalpel du chirurgien dans les Hopitaux différents. En huit opérations, elle avait perdu les amygdales, le rein droit, la trompe gauche et l'ovaire, la trompe droite avec l'ovaire droit, l'uterus et une partie de la glande thyroïde. En outre, elle avait subi deux opérations pour l'ablation de deux kystes ovariens. La peau portait aussi les cicatrices d'innombrables petits abcès qui avaient résisté à tout traitement et dont le contenu purulent était remarquable par l'odeur fécale et la nature des bactéries.

Elle avait aussi une seringue qui, disait-elle, lui servait pour se faire des injections d'insuline car elle se disait diabétique. Après une recherche "policière", le sucre dans les urines ne fut jamais retrouvé et les examens sanguins étaient normaux.

Elle sortit de l'Hopital après un examen radiologique du tube digestif disant qu'elle cherchait du travail. Un peu plus tard, elle fut hospitalisée pour des abcès. Il est évident, dit TODD, que cette malade bien qu'ayant été véritablement malade, a développé une adresse machiavélique à feindre la maladie et s'installer dans le mode d'existence de malade professionnelle.

HENDERSON commentant ces cas, considère que de tels malades sont des psychopathes. Ils sont souvent incapables de s'adapter harmonieusement à la structure de la société. Beaucoup montrentrent des traits masochistes, se soumettant de leur propre gré à des opérations sans fin, dans l'attente peut-être de satisfaire une culpabilité inconsciente. Quelques uns veulent de la morphine. D'autres gagnent une espèce de satisfaction mégalomaniaque à jouer au plus fin avec la confrèrie hospitalière.

En 1953, COHEN et collaborateurs écrivent un article concernant la chirurgie abusive dans l'hystérie et nous rapportons l'analyse qui en a été faite par T. LEMPEREIRE au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française en 1965:

"La comparaison a été faite entre un groupe de 50 hystériques femmes et quatre groupes de contrôle :

- 50 femmes travaillant en usine et passant un examen de santé systématique,
- 38 femmes récemment accouchées,

- 30 hospitalisées pour maladies chroniques (ulcère digestif, cancer, diabète, cardiopathie),
- 72 névroses anxieuses.

Les groupes étaient d'âge comparable, sauf le groupe des accouchées dont l'âge moyen était un peu plus jeune.

Les auteurs ont étudié deux types d'intervention :

- les grosses interventions : chirurgie d'exérèse,
- les petites interventions : ponctions, examens endoscopiques, dilatations, cautérisations, extractions dentaires, etc...

Le nombre moyen de grosses interventions par personne est, dans chaque groupe, de :

- hystériques 3,8
- ouvrières en bonne santé 1,2
- accouchées récentes 1,4
- malades chroniques 1,9
- névroses anxieuses 1,2

La comparaison du groupe des hystériques avec celui des ouvrières passant un examen de santé montre pour chaque intervention une différence significative :

- Hystérectomie	hystériques	24 %
	groupe contrôle	6 %
- Annexectomie	hystériques	46 %
	groupe contrôle	10 %
- Appendicectomie	hystériques	68 %
	groupe contrôle	28 %
- Cholécystectomie	hystériques	14 %
	groupe contrôle	0 %
- Interventions gynécologiques..	hystériques	72 %
	groupe contrôle	18 %

22 % des hystériques et 72 % du groupe contrôle ont eu zéro ou une intervention; 42 % des hystériques et 4 % du groupe contrôle ont eu quatre interventions ou plus. Le nombre moyen d'interventions gynécologiques par personne est de 1,7 chez les hystériques et de 0,6 dans le groupe contrôle.

La consommation chirurgicale excessive commence dans la deuxième décade de la vie, elle est maxima entre 20 et 30 ans, elle est rare avant 10 ans. Il n'y a pas d'amygdalectomies abusives chez les enfants hystériques.

L'étude soigneuse des indications et des comptes rendus opératoires montre que la consommation chirurgicale élevée des hystériques est due à la

fréquence des indications abusives et non à une morbidité réelle excessive.

Le nombre moyen de petites interventions par personne est de 2 pour les hystériques, 0,3 pour le groupe contrôle. La fréquence des cystoscopies et des extractions dentaires abusives (plus de trois à la fois) est à noter.

Cette consommation chirurgicale excessive ne se retrouve pas chez les hommes hystériques, où le nombre moyen d'interventions par personne est de 1,6 (groupe contrôle, 1,3)."

En 1957, dans le J.A.M.A., parait un long article de John S. CHAPMAN. Il rapporte le premier cas américain de Munchausen. Dans la somme des travaux consacrés au problème qui nous occupe, ce fait n'aurait qu'une importance médiocre et anecdotique. C'est en fait, pour la première fois, l'observation d'un malade polyopéré pour lequel est affirmé le diagnostic de psychose. Il s'agit d'une schizophrénie devenue évidente à un stade avancé de la maladie.

Nous résumons cette observation en la recomposant. On peut en effet distinguer trois grandes phases dans la biographie de ce malade. Toutefois l'interrogatoire du patient a été pratiqué à une époque où il devenait très difficile de faire, dans son discours, la part des faits réels et imaginaires.

Son aventure médico-chirurgicale parait avoir débuté vers 25 ans, alors qu'il était marin dans la marine marchande. En 1940, il subit une appendicectomie, en 1942 une intervention pour hernie ombilicale, en 1944 une saphénectomie gauche, en 1946 une lombotomie exploratrice à la suite d'une hématurie ne faisant pas sa preuve.

Jusque là tout semblait à la limite de la normalité. A peine pouvait-on dire que ce patient avait à 30 ans un passé chirurgical chargé. Et, ces opérations ayant eu lieu aux quatre coins du monde, il est difficile d'apprécier à postériori, leur légitimité.

Il entre alors dans une deuxième phase et présente un comportement spécifiquement évocateur du syndrome de Munchausen. A partir de 1952 il se fait admettre de façon presque continue dans différents Hopitaux, dans un tableau d'hémoptysie accompagnant une lymphangite de jambe (qui en impose pour une phlébite). Il est régulièrement soumis à un traitement anticoagulant qui n'est interrompu que lorsque le contexte de simulation apparait. Il subit de multiples bronchoscopies. En 1954, on pratique une

ligature de la veine cave inférieure "pour prévenir la récidive des embolies".

Il fait silence, au cours des hospitalisations suivantes, sur cette opération, ce qui contribue encore à embrouiller la symptomatologie. Peu après, il subit un nouveau stripping jambier, vers la même époque on note également une toxicomanie importante à l'égard de barbituriques injectables.

Après quelques semaines d'hospitalisation il est généralement considéré comme indésirable et expulsé du service où il se trouve. Assez souvent d'ailleurs, il s'enfuit de l'Hopital et généralement sans signer sa pancarte et encore moins payer ses frais d'hospitalisation. Dans les jours suivants il se fait alors réadmettre dans une autre ville. De temps à autre, une consultation psychiatrique est demandée, il est étiquetté "personnalité paranoïde".

A la fin de 1954, il a alors 39 ans, sa conduite devient franchement psychotique. Il se provoque ouvertement des plaies, arrache les sutures et les pansements, accumule dans son tiroir les lames de rasoir, les ciseaux avec lesquels il rouvre ses plaies et bientôt menace de se suicider.

Il est hospitalisé dans plusieurs services psychiatriques où il inaugure fréquemment son séjour par la symptomatologie stéréotypée de pseudo-embolie pulmonaire. Le diagnostic porté est celui de schizophrénie sévère à forme paranoïde.

Après avoir passé en revue les diverses motivations suggérées par les premiers lecteurs de l'article de ASHER, CHAPMAN insiste sur le fait que ces patients lui semblent être des malades mentaux. Il conclut ainsi son exposé :

" De tels patients constituent un fardeau économique et sont un véritable fléau pour l'Hopital qu'ils ont choisi de fréquenter, provoquant de nombreux problèmes diagnostiques et thérapeutiques...

La seule mesure à prendre envers de tels malades est l'internement en Hopital psychiatrique. Ils présentent suffisemment d'aberrations mentales et sociales pour mériter une surveillance constante, sans laquelle leur périple médical n'a pas de raisons de s'arrêter."

L'année suivante, en 1958, SHEPLEY attire l'attention des lecteurs du Lancet sur les rapports étroits qui lui paraissent exister

entre le syndrome de Munchausen et l'hystérie et exprime l'opinion que ces patients, faute d'être des malades organiques doivent être considérés comme d'authentiques malades mentaux.

A partir de 1960, cette notion parait admise par tous les auteurs qui étudient ce problème des polyopérés et aucun n'ose plus réclamer que ces malades abusifs soient fichés, répertoriés et leurs photographies transmises aux services d'admission de tous les Hopitaux, ce que suggéraient plusieurs auteurs en réponse à la description initiale d'ASHER.

En 1962, BARKER reprend dans un nouvel article les réfléxions que lui ont suggéré plusieurs polyopérés dont il avait rapporté les cas en 1958 dans le British Medical Journaal.

Nous ne reprendrons pas l'ensemble de ces six observations dont deux déjà ont été citées puisqu'elles étaient le complèment de deux des trois cas d'ASHER.

Deux autres étaient celles de balafrés de l'abdomen; les deux derniers avaient subi des interventions sur le massif facial ou intracraniennes, ce qui les rapproche de deux de nos cas personnels, c'est pourquoi nous résumons rapidement leur histoire :

- L'une était une femme de 39 ans, que sa taille et sa corpulence (108 kilos pour 1,40 m.), faisaient facilement dépister malgré les pseudonymes qu'elle empruntait. Se plaignant alternativement de douleurs abdominales ou de symptomes évoquant des lésions hypothalamiques ou hypophysaires, elle avait réussi à subir de nombreuses laparotomies et une leucotomie. Ceci ne l'empêchait pas de continuer son périple chirurgical en réclamant de nouvelles interventions.

- L'autre était un homme de 40 ans, qui consultait d'innombrables spécialistes à l'occasion d'épistaxis, de rhinorrhèe, de crises convulsives. Ultérieurement les symptomes s'étaient transformés et il avait obtenu plusieurs admissions pour hémoptysies ne faisant pas leur preuve.

Des cicatrices du visage et du cuir chevelu attestaient qu'il avait subi une craniotomie bilatérale, une sinusotomie frontale, sans compter des interventions plus mineures sur les fosses nasales.

Reprenant ces cas quatre ans plus tard sous un angle psychiatrique, BARKER note que ces malades se montrent facilement agressifs, évasifs, inquiets, réticents, mais ne sont pas psychotiques. Par contre, il les considère comme des psychopathes graves, avec souvent des traits

obsessionnels ou masochistes.

En 1964, deux auteurs d'Helsinki, K.A. ACHTE et S.K. KAUKO font une assez importante mise au point sur le syndrome de Munchausen. Après avoir repris l'historique du syndrome décrit par ASHER, ils rapportent quatre cas de Munchausen.

L'un était "un psychopathe sans volonté, vindicatif, irascible et asocial..." qui s'était fait admettre une centaine de fois à l'Hopital pour crises comitiales ou tentatives de suicide.

Un deuxième, arguant d'une commotion cérébrale douteuse, avait à 37 ans fait 62 séjours à l'Hopital. A propos de ces deux malades, les auteurs suggèrent de bien séparer nosologiquement ces cas de syndrome d'Ahasverus de ceux de Munchausen, en réservant cette dernière appellation aux polyopérés et à la limite aux pathomimes.

Le troisième était celui d'un psychopathe toxicomane qui se provoquait à répétition des lésions cutanées de pathomimie et avait manqué de peu l'amputation.

Le dernier cas a retenu notre attention par le nombre et la variété des interventions chirurgicales subies. Nous résumons son histoire :

Cette femme alors agée de 37 ans, avait été hospitalisée prés de trente fois en seize ans et avait subi quinze interventions chirurgicales, abdominales, gynécologiques, O.R.L., rachidiennes. Les troubles inauguraux avaient été une otite moyenne chronique qui fut traitée chirurgicalement. Quelques années plus tard, commença une série d'interventions abdominales motivées par des douleurs. Huit laparotomies ne permirent pas de découvrir la moindre lésion organique... sauf des adhérences.

Ultérieurement on pratiqua l'ablation des annexes gauches et l'année suivante une hystérectomie.

La même annèe on procèda également à une splanchnicectomie gauche et une sympathectomie lombaire dans un but antialgique.

Aucune des interventions n'apporta d'amélioration, au contraire l'état subjectif de la malade tendait à empirer.

De plus des douleurs lombaires attribuées à un spondylolisthésis, incitèrent à pratiquer une laminectomie, sans résultat sur ces douleurs. Quatre autres interventions sur le rachis ne firent qu'aggraver les

choses et conduisirent à immobiliser par greffe la région lombaire atteinte.

Malgré le succès technique de l'intervention, les douleurs ne cédèrent pas. La malade fut soumise à plusieurs traitements psychiatriques comprenant psychothérapie, hypnose et rééducation musculaire. Par alternance son état était soit tout à fait satisfaisant, soit s'empirait au point qu'elle ne pouvait plus marcher. On remarquait que c'était surtout lors des visites de son mari qu'elle donnait l'impression d'une invalide attachée irrémédiablement à son lit... A sa sortie, elle marchait normalement mais confia à son infirmière qu'elle avait l'intention de consulter un gynécologue afin de se soumettre à nouveau à une opération...

Dans leurs commentaires ACHTE et KAUKO estiment qu'il s'agit d'une personnalité psycho-infantile à qui de nombreuses opérations et les séjours prolongés dans les hopitaux servirent de justification à l'échec de sa vie sociale, familiale et conjugale. Les symptomes s'étaient manifestés peu de temps après son mariage et la malade paraissait incapable de s'astreindre à la fois au rôle d'épouse et de mère de famille. Par contre, elle ne présentait aucun symptome de psychose.

Pour les auteurs, l'origine du syndrome s'expliquerait par les tendances au masochisme et à l'autodestruction du malade, par son désir de devenir l'objet d'attentions et d'être ainsi comblée. Ce serait une bonne indication d'une psychothérapie prolongée, voire d'une psychanalyse. L'insulinothérapie, l'hypnose,la lobotomie leur paraissent par contre, peu indiqués.

En 1965, lors du Congrès de Neurologie et Psychiatrie, Th. LEMPERIERE étudie les antécédents chirurgicaux de 78 malades femmes. Sur les 78, 17 sont polyopérées ou ont subi une intervention importante non justifiée (appendicectomie exclue).

Les interventions gynécologiques sont les plus fréquentes et certaines malades ont eu plusieurs interventions gynécologiques. Les indications abusives ont été motivées par une symptomatologie fonctionnelle, lourdeur abdominale, gêne à la marche, asthénie et souvent algies pelviennes dont l'intensité et la chronicité finissent par forcer la main de l'opérateur. Certaines malades ont été de chirurgien en chirurgien jusqu'à ce qu'elles trouvent celui qui consente à les opérer. pour elles l'intervention était "la solution radicale".

Ce travail rapporte aussi les conclusions de BORDELEAU et MARTEL lors du Congrès de Psychiatrie de Montréal, sur un groupe de 18 malades mentales ayant subi une hystérectomie avant 35 ans : il apparait que l'hystérectomie survient 12 fois sur 18 chez des malades ayant déjà subi de nombreuses interventions et que l'hystérectomie met fin (17 fois sur 18) au périple chirurgical. T. LEMPERIERE fait remarquer que ce n'est pas le cas pour les 78 malades qu'elle a étudié puisque deux sur trois qui ont eu une hystérectomie précoce, ont subi par la suite de multiples interventions.

Les interventions digestives, thyroïdiennes et neurochirurgicales ou d'autres types prennent rang après les interventions gynécologiques. Il faut aussi noter la fréquence des interventions mineures ou des explorations endoscopiques : coelioscopies, cystoscopies, ponctions des sinus et interventions dentaires abusives, interventions que souvent elles ont réclamées pour des algies maxillaire ou faciale persistantes.

En 1965, BEN BURSTEN à propos d'un cas de syndrome de Munchausen reprend sous un angle psychiatrique le problème des limites nosologiques de ce syndrome et montre qu'il s'agit d'un groupe bien particulier de polyopérés.

Le cas rapporté est celui d'un homme de 38 ans. Hospitalisé avec les apparences d'une nécrose myocardique, interrogé sur ses antécédents, il raconte de nombreuses interventions : résection transurétrale d'adénome prostatique en 1947, opération sur fissure anale en 1950, excision d'un kyste pylonidal en 1951, laminectomie pour hernie discale en 1953, orchidectomie pour tératome malin, suivie de radio-thérapie. D'autre part il a été hospitalisé pour ostéomyélite et pour infarctus myocardique.

Sa mère était diabétique et lui-même est porteur, dit-il, d'un diabète latent décelé par épreuve d'hyperglycémie provoquée. Le reste de sa famille a de nombreux antécédents, enfin il se sait allergique à différents produits qu'il énumère.

Les premiers bilans biologiques ne montrent cependant aucun signe d'infarctus du myocarde, pas plus que l'E C G Tous les examens paracliniques sont subnormaux. D'autre part, le comportement du malade intrigue, car il parait beaucoup plus atteint lors des visites que lorsqu'il ne se sait pas observé.

On écrit dans les différents hopitaux et l'on reconstitue une histoire bien différente.

Le testicule enlevé l'avait été pour névralgie (!) et non pour tératome, les autres cicatrices étaient le résultat d'abcès provoqués et autres pathomimies, ainsi que les laparotomies exploratrices restées blanches.

Devant le désintéret des médecins pour son pseudo-infarctus, le malade attire alors l'attention sur les folliculites et micro-abcès qu'il présente sur la peau. C'est dans ces conditions qu'il est montré au psychiatre, au staff du service. Il s'indigne qu'on le montre à ce spécialiste, tout en paraissant enchanté de l'importance que l'on accorde à son cas.

La suite de l'évolution n'est pas précisée, on sait seulement que le malade demanda et obtint sa sortie du service.

Dans ses commentaires, BURSTEN insiste sur les trois signes majeurs du syndrome de Munchausen. Tout d'abord ces malades posent un problème diagnostique et se donnent des antécédents hospitaliers et chirurgicaux. La variété du symptome proposé importe peu et ne parait avoir pour limites que l'intelligence du patient, l'accumulation qu'il a pu faire de connaissances médicales et la valeur symbolique de l'organe prétendûment atteint.

Le second caractère de leurs histoires est la "pseudologie fantastique". Ils intriguent le médecin qui va peu à peu démonter leur argumentation, mais le patient ne se tient pas pour battu et ajoute quelques retouches pour "faire tenir" son histoire.

Troisième signe, l'absence d'enracinement de tels patients à un milieu familial ou social. Ils l'ont quitté pour errer de ville en ville, d'Hopital en Hopital, de chirurgien en chirurgien. La maladie est devenue pour eux un véritable mode de vie.

BEN BURSTEN envisage ensuite les motivations possibles d'un tel comportement, pour dire en premier qu'elles ne peuvent être aussi superficielles que celles avancées souvent par le malade lui-même, les internistes ou les chirurgiens concernés.

S'agit-il de schizophrènes ? Ils en diffèrent par bien des points, en particulier leur niveau d'intégration et d'organisation.

Pour certains, ce seraient des asociaux, c'est vrai par certains côtés;

mais contrairement à l'asocial habituel, axé sur les lois, les règlements, les polyopérés passent à l'acte en termes de médecins, d'hopitaux de souffrance.

La troisième étiquette habituellement suggérée, est celle d'hystérie. Pour l'auteur, ces patients en diffèrent par plusieurs points : conscience plus grande de la fausseté des symptomes présentés, en particulier.

Reprenant une idée exprimée par DEUTSCH à propos des "imposteurs", BEN BURSTEN insiste sur le refus par le malade de sa propre identité : quand il est démasqué, l'angoisse le saisit. Il s'agirait d'un moyen de défense contre l'anxiété, associé à un sentiment d'infériorité.

D'autre part, le comportement de ces patients procède en partie de la "fuite en arrière" à laquelle T. REIK accorde un rôle majeur dans son analyse du masochisme (1955). Et le masochisme semble sous-tendre le syndrome de Munchausen. Si l'on admet que la relation médecin-malade reproduit, par certains aspects, une situation oedipienne et que parfois même cette relation constitue le " jeu du donteur" de l'enfance, jeu à composantes sado-masochistes, on peut penser que le pseudo-malade essaie de concilier un complexe d'Oedipe mal résolu et des pulsions sadiques.

Il est frappant de noter, conclut BEN BURSTEN, que ces patients prétendent souvent avoir fait des études médicales ou paramédicales, ou que en tout cas, ils défient le médecin sur le terrain même des connaissances médicales. C'est ainsi que son malade lui disait : "Si vous connaissez quelque chose au toxicomanies, vous savez que pour un drogué la sexualité ne signifie pas grand chose. Si toutefois vous aviez des notions en matière de drogue..."

Au total, il existe chez ces patients une inversion entre sujet et objet. Pourquoi cette inversion, et pourquoi le choix du terrain médical ? C'est le problème qui reste en suspens.

En 1967, deux Canadiens de Montréal, O.M. SENDBUEHLER et G.A. NEMETH, présentent l'étude psychiatrique et psychologique d'un nouveau cas, et parmi les premiers estiment que ces curieux modes de comportement peuvent être considérés comme des mécanismes schizoïdes.

Leur patient, alors agé de 29 ans, célibataire est hospitalisé à plusieurs reprises dans différents Hopitaux pour une symptomatologie rénale avec

hématurie simulée, et qui avait subi déjà une intervention sur le rein puis quelques mois plus tard, avait demandé et obtenu une circoncision.

A plusieurs reprises, il avait été pris sur le fait alors qu'il mélangeait du sang provenant d'une blessure au doigt avec les échantillons d'urines prélevées. Démasqué de la même façon en 1964, il est soumis à l'examen psychiatrique des deux auteurs, puis quelques mois plus tard, hospitalisé dans un hopital psychiatrique.

Sa biographie résumée est la suivante :

Elevé depuis l'âge de six ans par des grands parents, après le décès de sa mère, avec l'aide financière du père qui ne s'en occupe pas autrement, il est décrit comme un enfant timide, sensible, rêveur. Il avait un comportement efféminé, usant de parfums, et refusant de jouer avec ses camarades de peur de se salir. Il suit une scolarité normale puis travaille comme préparateur en pharmacie. A cette époque, il est de caractère irritable, ne s'intéressant qu'à ses problèmes personnels, et ne s'occupant des personnes de son entourage que dans la mesure où elles pouvaient lui être utiles. Il ne supporte ni réprimandes, ni la moindre critique et construit des projets grandioses pour l'avenir.

Toute son existence affective parait être construite autour de sa grand-mère, sur un mode rationnel du type mère-enfant. Ceci ne l'empêche par d'ailleurs de lui voler périodiquement ses économies. Cette grand-mère meurt en 1962, il a alors 27 ans. Ce décès entraine une rapide décompensation se traduisant par le début des hospitalisations avec les deux interventions citées qui ont lieu dans les six mois, et d'autre part des troubles du comportement social : l'émission de chèques sans provisions à plusieurs reprises le fait condamner à une peine de prison. Enfin, il commence à utiliser diverses drogues "sévères" : héroïne, morphine, barbituriques.

Après une première hospitalisation, il rentre chez lui dans une voiture empruntée dont il dit qu'elle appartient à sa fiancée. Il décrit avec enthousiasme son proche avenir d'homme marié. En fait, cette fiancée n'existe pas et le malade est à nouveau hospitalisé en milieu psychiatrique après une affaire de détournement de mineur. Pendant cet internement il entend des voix, il se sent persécuté. Le diagnostic de sortie (1963) est celui de personnalité psychotique, sans psychose vraie, avec mythomanie pathologique.

Au cours de la mise en observation de 1964, des tests psychologiques sont

pratiqués : ils montrent un niveau d'intelligence limite : Q.I global = 80. Il existe des troubles importants au niveau de la formation conceptuelle et de l'organisation des faits perçus. Les tests projectifs montrent un apauvrissement de la personnalité. On note également des troubles au niveau de l'apprentissage verbal. On ne peut éliminer, dit le psychologue, une involution de type organique. Dans leurs commentaires, les auteurs évoquent à son propos, la personnalité schizoïde telle qu'elle a été décrite par BLEULER.

Et, reprenant les détails de la vie de leur patient, ils appuient leur diagnostic sur l'omnipotence, le détachement, la diffusion de l'identité, la dépendance. Lorsque les figures significatives disparaissent, son adaptation marginale s'écroule et on note le début des symptomes.

Les auteurs interprêtent le comportement délirant du patient comme la recherche d'une mère dépersonnalisée qui peut tout guérir. Les symptomes axés sur l'appareil génito-urinaire reflètent, à leur avis, l'état de confusion relatif à l'identité sexuelle. Enfin, pour eux, cette pseudo-simulation correspond davantage à un jeu exhibitionniste d'ordre schizoïde : en dupant le médecin au moyen de fausses représentations, ces malades se croient omnipotents en prouvant que personne ne peut les aider.

En 1968, H.R. SPIRO de Baltimore, U.S.A., fait dans un long article le point des connaissances dur le syndrome de Munchausen et rapporte un nouveau cas. Reprenant la littérature, il constate que parmi 38 cas décrits, 16 seulement ont été examinés par un psychiatre. Parmi les diagnostics évoqués, on retrouve 5 cas de trouble de la personnalité de type psychopathique, 3 réactions schizophrèniques, 2 "autres psychoses", d'autres névroses dont 5 d'hystérie, enfin 1 cas sans troubles psychiatriques.

Le cas personnel de l'auteur est ensuite très longuement et très minutieusement présenté. On peut le résumer ainsi :

Un homme de 30 ans est hospitalisé sur sa demande à la suite de fréquentes hospitalisations pour symptomatologie non organique. Il est d'autre part, incapable de conserver son emploi, a un comportement de mythomane et présente, en outre, un éthylisme chronique.

Ses antécédents hospitaliers remontent en fait à sa petite enfance. Il avait dû être 3 fois hospitalisé, la première fois à l'âge de 4 ans,

après un accident de voie publique et des fractures de jambe, il gardait de cette épisode le souvenir de l'attention particulière que lui portaient alors ses parents, les autres malades et l'équipe hospitalière. Par contre, il ne se rappelait pas les nombreuses manipulations douloureuses qu'il avait du subir. Les hospitalisations suivantes avaient été motivées par des ennuis ORL infectieux. A 21 ans, il avait eu également une hospitalisation pour coliques néphrétiques, confirmées par l'émission d'un calcul.

Cette symptomatologie avait inspiré par la suite plusieurs syndromes abdominaux et entrainé de nombreuses hospitalisations "pathologiques". Au moment de sa mise en observation il avait déjà subi une laparotomie exploratrice et plusieurs cystoscopies. Ultérieurement son périple chirurgical allait le conduite à une laminectomie pour hernie discale supposée puis à une gastrectomie partielle.

L'étude de sa biographie insiste sur le caractère particulièrement indulgent de la mère dont le patient était le préféré, La mort du père, à 38 ans, sous les yeux de son fils, à la suite d'un ictus, La dispersion familiale qui s'ensuivit, puis cinq ans plus tard le remariage de la mère. Le patient réagit à cette situation par une fugue prolongée pendant laquelle il tente de s'engager dans l'armée. Trop jeune, il est renvoyé chez lui.

Il faut d'ailleurs noter que c'est sa mère qui prévient l'autorité de ce qu'il n'a pas l'âge requis. A 18 ans, il est réformé pour raisons psychologiques. Il commence alors à errer d'un emploi à un autre. Il y a à cette époque peu d'intimité entre lui et sa mère, ses frères et soeurs, qui paraissent l'avoir rejeté de leur groupe, pourtant formé d'élèments isolèment asociaux. Il se marie à 21 ans, se met à boire, en faisant preuve lorsqu'il est ivre d'une étonnante mythomanie, puis se sépare de sa femme et commence son périple hospitalier : 39 hospitalisations en 6 ans. Entre deux séjours à l'Hopital il se remarie avec une femme atteinte de dépression chronique. La naissance d'une fille précipite l'évolution et précède de peu l'hospitalisation psychiatrique.

Pendant ce séjour il traverse une première phase que l'on pourrait qualifier d'hypomaniaque, jouant des farces aux autres malades, se querellant avec le personnel, ayant un bon contact quoique superficiel avec le psychiatre. Cette attitude se modifie après une tentative manquée "d'évasion" et apparait une certaine angoisse.

Parmi les élèments complémentaires, les tests psychologiques n'apportèrent pas grand chose ; quotient d'intelligence à 109. La facilité d'expression constatée au cours des entretiens n'est pas retrouvée par les tests. Aucune suspicion de psychose aux tests projectifs. Le MMPI est compatible avec le diagnostic de désordre de la personnalité de type psychopathique.

Une psychothérapie fut mise en train, tandis qu'on organisait un reclassement professionnel rendu difficile par les prétentions du malade à occuper un emploi au dessus de ses possibilités.

A sa sortie, il n'y avait plus de problèmes relationnels entre lui et les autres malades, ni le personnel infirmier. Il existait un transfert positif envers le psychothérapeute.

La psychothérapie fut suivie six mois encore, les entretiens conjoints avec sa femme, montraient qu'il était pour elle le deuxième bébé de la famille, "ce qui était bien lourd à supporter". Puis il suspendit les séances à l'occasion d'un traumatisme lombaire au cours de son travail, subit l'intervention rachidienne déjà mentionnée puis reprit son périple hospitalier et chirurgical.

Dans ses commentaires l'auteur souligne plusieurs faits. En premier lieu il lui semble que les motivations d'une symptomatologie mettant si gravement en jeu l'existence même du patient, ne peuvent être aussi superficielles qu'on l'avait initialement suggéré. De tels faits peuvent être symptomatiques de nombreux désordres psychiques.

Il peut s'agir de troubles de type schizophrènique (comme pour le malade de CHAPMAN) et SPIRO les compare aux accès d'auto-mutilation que l'on voit chez les psychotiques.

Dans d'autres cas, il existe des traits de nature hystérique, décelables dans cette sorte de jeu où s'enferment ces malades qui savent à quel moment ils "jouent" mais qui malgré cela ne peuvent s'arrêter de le faire. Certains signes présentés peuvent avoir l'apparence d'une symptomatologie de conversion.

En fait, les rapports entre cette symptomatolgie et l'hystérie ne se résument pas à s'y inclure ou à s'en exclure, il faut tenir compte de la dynamique propre à la maladie.

Il semble y avoir en commun dans l'histoire de beaucoup de ces malades des antécédents de frustration dans la petite enfance,

- une discordance entre ego idéal et l'image de soi,
- le refoulement de traumatismes anciens,
- des relations difficiles avec des parents distants, absents, voire sadiques
- parfois des troubles du schéma corporel et en particulier la sensation erronée d'un défaut constitutionnel du développement génital.

D'autre part, il y a une part importante de masochisme dans les conduites d'auto-mutilation, de recherche d'explorations douloureuses, voire d'humiliation personnelle. A côté de l'hypothèse de BURSTEN portant sur la relation médecin-malade, SPIRO propose l'interprétation de l'Hopital comme un substitut maternel ambivalent, avec ce mélange de soins et de souffrances, de dépendance et de rejet. Et, dit l'auteur dans un autre chapitre, de tels troubles sont en partie iatrogènes, car il faut être plus d'un pour établir une relation sado-masochiste.

En conclusion SPIRO écrit : ... Comment ces malades amènent-ils leurs médecins à collaborer aussi complètement à une conduite antithérapeutique, à des traitements pénibles, dangereux, à des interventions chirurgicales injustifiées ? Comment arrivent-ils à mener à bien leur "mortification narcissique" ? Comment sabotent-ils les efforts bien intentionnés des médecins les plus honnêtes ? Il est de fait que ces malades ont une conduite hostile et agressive à l'égard de leurs médecins, et peut-être ceux-ci sont-ils mal préparés à assumer une telle agression envers l'omnipotence et l'omniscience qu'ils représentent.

Le Professeur GOSSET dans l'article "Le chirurgien, le malade et la maladie", en 1969, rapporte un exemple chirurgical typique du syndrome de Munchausen. Nous ne connaissons aucun antécédent de cette malade en dehors de son passé chirurgical, qu'elle s'était bien gardée de dire aux chirurgiens.

Une malade se fait hospitaliser pour un syndrome abdominal occlusif. Elle déclare avoir eu une plaie de l'abdomen au cours d'un bombardement et avoir été opérée d'urgence deux ans plus tôt. Depuis elle affirme n'avoir jamais souffert jusqu'à l'avant-veille de son admission où elle aurait été prise de vomissements et de douleurs atroces. L'abdomen présente une cicatrice opératoire xypho-pubienne. Il est tendu, globuleux, tympanique. La moindre palpation entraine des cris et la malade se roule dans son lit. Ce syndrome abdominal aigu évoque l'idée d'une occlusion sur bride, pour laquelle serait

nécessaire l'intervention immédiate. Mais quelques points font hésiter pour cette intervention. L'état général est très bon, la radio montre une dilatation gazeuse sans niveau liquide. Donc on attend.

Cette attente permet au chirurgien de rencontrer une parente de la malade. Celle-ci n'a jamais été la victime d'un bombardement mais a déjà été opérée 7 fois, dans 7 Hopitaux différents, chaque fois pour un syndrome occlusif et sans qu'on découvre la cause de l'occlusion. Devant le refus d'opérer, la malade retrouve son aspect physique normal et un ventre absolument plat.

L. ISRAEL, M. RITTER et coll., rapportent en 1969 également, aux Journées Psychosomatiques de Vittel, l'observation d'une malade qui, à leurs yeux, illustre le rôle iatrogène du chirurgien. La iatrogènie étant un phénomène qui met en jeu des relations complexes entre le chirurgien et le malade et dont nous reparlerons. Ce n'est sans doute qu'une facette de cette observation, car l'histoire est celle d'une jeune névropathe polyopérée. La voici résumée :

Fille unique d'une mère célibataire, Béatrice commence son périple chirurgical l'année du mariage de sa mère. Elle a alors 17 ans et un syndrome abdominal douloureux est le prétexte d'une appendicectomie.

Elle aurait pu en rester là et cette appendicectomie n'aurait fait que grossir le nombre des exérèses injustifiées. Mais deux ans plus tard, enceinte, elle se marie par convenance. L'accouchement nécessite une césarienne. Immédiatement les choses se compliquent, puisque se développe une suppuration abdominale avec désunion de la paroi qui oblige à une nouvelle opération 4 jours après l'accouchement.

Tout ceci a lieu dans une ambiance de culpabilité des gynécologues, une compresse a été oubliée dans la cavité abdominale lors de la césarienne, culpabilité qui se traduit aux yeux de la malade par des visites répétées du chirurgien et des soins infirmiers particulièrement attentifs. Elle est devenue l'objet d'une sollicitude exagérée de la part des médecins du service, mais Béatrice ignore les raisons de toutes ces complications.

Au cours des semaines suivant sa sortie, se produit une minime éventration par désunion de paroi. Dès lors, Béatrice consulte à plusieurs

reprises son gynécologue pour des douleurs abdominales et une dyspareunie qu'elle attribue à sa cicatrice.

Deux ans plus tard, à 21 ans, elle est à nouveau enceinte. Au quatrième mois de sa grossesse, se plaignant de douleurs abdominales diffuses et de vomissements incessants, elle est hospitalisée dans le même service où ses antécédents la font particulièrement surveiller. Cette fois l'accouchement se passe sans ennui et il n'y a pas de complication organique du post partum. Toutefois elle continue à souffrir lors des rapports sexuels, sa vie conjugale en pâtit, elle a très peur d'une nouvelle grossesse et par moments elle se sent déprimée. Le mari a fini par se lasser et exige que quelque chose soit fait pour arranger la situation. Soutenu par le beau-père de Béatrice, il va présenter sa demande au gynécologue qui se montre très hésitant tout en laissant entendre au trio qu'une intervention chirurgicale, une nouvelle réfection de la paroi associée à une stérilisation par ligature des trompes, pourrait soulager la patiente et son entourage.

Devant ces hésitations, Béatrice se décide à forcer la main à son gynécologue au moyen d'une tentative de suicide, après quoi elle refuse l'hospitalisation en clinique psychiatrique, et se fait conduire par son mari et son père au service de gynécologie en réclamant l'intervention chirurgicale.

De guerre lasse, le gynécologue est prêt à céder, mais il tient néanmoins à demander l'avis du psychiatre, tout en annonçant à Béatrice le jour où l'intervention pourrait avoir lieu, c'est-à-dire le lendemain de cet entretien psychiatrique.

L'avis attendu est en fait une réponse à deux questions bien précises :

1° - La réfection de la très minime déhiscence de la paroi enlèvera-t-elle les douleurs ?

2° La stérilisation arrangera-t-elle le conflit conjugal ?

Béatrice ne comprend nullement la raison de cet entretien. Elle est venue pour se faire opérer et non pas pour parler. Elle dit néanmoins qu'elle n'a jamais eu de chance dans sa vie et qu'elle a toujours été repoussée par sa mère dont elle est l'unique enfant. Sa mère était célibataire lors de sa grossesse et avait tout mis en oeuvre pour cacher cette grossesse à sa propre mère, se sanglant l'abdoment jusqu'au cinquième mois. Mise au courant de la situation, cette mère s'opposa au mariage de sa fille avec le père de Béatrice, et éleva cet enfant jusqu'à l'âge de cinq ans puis elle la rendit à sa mère.

A l'âge de quinze ans, Béatrice aurait été déflorée ,selon ses dires, par le doigt d'un gynécologue maladroit à l'occasion d'un examen pour pertes blanches.

Lorsqu'elle eut 17 ans, sa mère se mariait avec un homme stérile, le même qui soutient actuellement la demande de stérilisation de Béatrice, en accord avec son mari. C'est à 17 ans qu'elle subit l'appendicectomie.

Comme sa mère, elle est enceinte à 19 ans, mais elle se marie avec le père de l'enfant. Elle a bien sûr son idée au sujet des complications qui ont suivi le premier accouchement par césarienne, idée qui a été renforcée depuis lors par l'empressement et la sollicitude que lui témoigne son gynécologue. N'a-t-elle pas entendu l'une des infirmières dire que le cordon ombilical avait été arraché et non pas sectionné, et un autre gynécologue du service affirmer que tout cela est arrivé par la faute de l'opérateur ? Ses douleurs, ses difficultés sexuelles et conjugales, ses idées noires et ses angoisses, ont amené tout son entourage, médecin compris, à être d'accord pour qu'elle soit stérilisée. Ni elle, ni son mari ne veulent entendre parler de moyens anticonceptionnels.

L'avis du psychiatre pour une nouvelle intervention est négative et il propose, par contre, l'hospitalisation dans le service de psychiatrie devant l'existence d'un tableau dépressif et la relative proximité de la tentative de suicide.

C'est alors que survient un imbroglio entre l'interne et le chef du service. Ce dernier demande à l'interne quel est l'avis du psychiatre. "On peut y aller" répond l'interne et l'intervention est mise au programme pour le lendemain. Béatrice est avertie et préparée. Le gynécologue voulant cependant en avoir le coeur net, vérifie la réponse du psychiatre dans le dossier et interpelle son interne qui lui dit que de toutes façons le psychiatre avait tort et que Béatrice devait être opérée malgré tout. Pour ne pas perdre la face, le gynécologue maintient la décision et l'intervention a lieu : réparation de la minime éventration, ligature des trompes. C'est la 4ème intervention.

Quelques semaines après le retour de convalescence, les douleurs abdominales réapparaissent plus fortes que jamais, auxquelles s'ajoutent des crises nerveuses. L'intervention n'a rien changé à ses difficultés sexuelles et conjugales.

Sur l'insistance du gynécologue, elle finit par accepter de prendre contact avec un psychothérapeute, mais elle interrompt rapidement sa

cure, consulte à nouveau son gynécologue, est réadressée au psychiatre.

Plusieurs épisodes de cette sorte ont lieu, alternant gynécologue et psychiatre . La dernière tentative de psychothérapie (qui durait depuis quatre mois lorsque cette observation fut écrite) a mis en échec une tentative d'amygdalectomie que la malade avait suggéré à un ORL en se plaignant à lui de douleurs pharyngées et de dysphagie. Un échange de lettres entre le psychiatre et l'ORL avait rapidement dissuadé ce dernier d'ajouter une cinquième intervention au palmarès de la malade. On peut penser toutefois que sa carrière chirurgicale était loin d'être finie, elle n'était âgée alors que de 24 ans.

ISRAEL dans un article sur le "Vieillisement de l'Hystérique" en 1970, envisage le problème d'interventions chirurgicales chez les hystériques et tend à donner une explication de la iatrogènie.

Il compare le problème des opérations, notamment de l'hystérectomie totale chez des malades hystériques et chez des malades hospitalisées pour lesquelles le diagnostic d'hystérie n'a pas été porté. Ses conclusions sont les suivantes :

- Malades hospitalisées en psychiatrie dont le dossier ne comporte pas le diagnostic d'hystérie, fréquence de l'hystérectomie : 4,8%
- Pour les hystériques jeunes, de moins de 40 ans, la fréquence est de 4,2 %
- Pour les malades hystériques de plus de 40 ans, 20 sur 133 malades, soit 15 % ont subi une hystérectomie totale.

Sur ces 20 malades de plus de 40 ans hystérectomisées, ISRAEL rapporte très brièvement le bilan chirurgical de 4 malades qui ont subi de 3 à 5 interventions.

- Sur les 133 hystériques agées de plus de 40 ans, 20 ont subi une hystérectomie.
- Sur les 113 restant, 47 soit 41 %, ont subi également au moins une intervention chirurgicale. L'appendicectomie étant au premier plan, puis les interventions gynécologiques, enfin d'autres organes, thyroïde, amygdale, vésicule biliaire.

Nous citerons ISRAEL qui, pour expliquer ces phénomènes, dit :

On sait combien certaines malades forcent la main au chirurgien pour des interventions qui auraient pu être différées ou évitées. Il va sans dire qu'aucune intervention n'est faite sans justification. Mais

les chirurgiens savent aussi que dans certains cas plusieurs attitudes peuvent aussi bien être légitimes. On a donc à faire dans un nombre de cas que je ne peux pas chiffrer, mais qui je le redoute, est assez important, à ce phénomène insuffisamment étudié, insuffisamment dénoncé qu'est la iatrogènie. Il ne faudrait pas entendre la iatrogènie comme des interventions arbitraires pratiquées par des médecins dans un esprit de lucre. Dans ce cas là, il ne serait nullement nécessaire d'avoir recours à des explications psychologiques compliquées, on aurait affaire purement et simplement au charlatanisme qui est parmi les médecins moins fréquent que certains se plaisent à le dire. La iatrogènie est un phénomène autrement organisé, dépendant de cette machinerie infernale constituée par les mécanismes névrotiques. La iatrogènie est un aspect de la capture du médecin dans les réseaux relationnels du névrosé. On pourrait d'ailleurs parler, plutôt que de iatrogènie, de névrose iatrogène ou de mécanismes iatrogènes dans la névrose.

En 1970, deux auteurs polonais, M. RZEWUSKA-SZATKOWSKA et J. SZATKOWSKI, reprennent dans la Revue de Psychiatrie Polonaise, le problème du syndrome de Munchausen.

S'ils n'apportent aucun cas personnel, ils font une revue intéressante de la littérature, ajoutant aux auteurs anglo-américains et français que nous avons cités, plusieurs travaux polonais, est-allemand et russes, auxquels nous n'avions pu avoir accès.

Ils reviennent ainsi sur des points que nous avons déjà exposés, en s'appuyant sur une compilation de 39 cas : 20 hommes et 19 femmes, dont l'âge oscillait entre 20 et 62 ans, les plus nombreux entre 25 et 45 ans. La durée des observations variait entre 3 et 23 ans, le nombre des hospitalisations allant de quelques unes à 126 et celui des interventions atteignant 27.

Les auteurs soulignent à leur tour, les connaissances médicales théoriques souvent étendues de ces malades, dont plusieurs étaient infirmières, leur façon adaptée de se créer des lésions, en utilisant fréquemment une anomalie somatiques congénitale ou acquise, comme support à la symptomatologie dont ils se servent pour obtenir leur hospitalisation.

Nous retenons parmi les auteurs cités :

- L'opinion de PETRILOWITSCH et BAER, qui considèrent le syndrome de

de Munchausen comme une forme de névrose hystérique chez les psychopathes.

- Celle de LASKOWSKA et URBANIAK, qui soulignent les mêmes traits hystériques et psychopathiques chez les femmes qu'elles ont observées.

- Celle de MAOZ et WIJSENBEECK, qui pensent qu'il s'agit de sujets schizophrènes et que le défaut de diagnostic n'est dû qu'à l'insuffisance d'analyse de leurs cas.

Cette dernière opinion n'est par partagée par les auteurs de l'article de référence, qui reconnaissent toutefois "qu'il semble hors de doute que l'on ait affaire à des malades ayant une structure de personnalité psychopathique", et peut-être, avec KRETSCHMER, que "les symptômes de pseudologie fantastique s'accompagnent chez ces psychopathes de réactions hystériques, en particulier quand ils ne sont pas en mesure de faire face à une situation qui dépasse leurs moyens".

Enfin, très récemment, (Juin 1971), CRAMER, GERSHBERG et STERN ont rapporté dans "Les Archives of General Psychiatry", quatre cas de "pathomimes au long cours", selon leur expression, qu'ils ont étudié sous l'angle des rapports entre simulation, hystérie et relation médecin-malade.

Le quatrième malade qu'ils étudient, nous parait particulièrement intéressant. Les auteurs reprennent à son propos plusieurs des arguments déjà proposés par BURSTEN et s'efforcent de répondre au problème laissé en suspens par leur prédecesseur : pourquoi choisir le terrain médical pour résoudre le problème d'identification qui semble l'une des motivations de ces malades.

Leur malade, âgé de 31 ans, infirmier, fut admis en médecine pour des douleurs typiques d'ulcère duodénal. La description de sa maladie était dramatique, émaillée de termes médicaux et d'inventions astucieuses. Comme les résultats des examens cliniques étaient strictement normaux, il signa sa pancarte et fit une confession pathétique à l'infimière. Il lui déclara que depuis les dix dernières années, il avait été admis dans un très grand nombre d'Hopitaux sous le prétexte de douleurs simulées. Il fut donc transféré en psychiatrie, où il a été suivi journellement pendant deux mois par l'un des auteurs, psychothérapeute.

Durant cette hospitalisation il continua à se plaindre de multiples symptomes qui disparaissaient quand il était confronté avec l'absence de signes organiques. Cependant par la façon de manipuler les différents médecins qui l'avaient en charge, il obtint toutes sortes de médicaments et de régimes spéciaux et arriva même à se faire opérer deux fois.

Ses parents faisaient partie de la bourgeoisie. Ils s'étaient séparés quand il avait trois ans. Sa mère était excessivement rejetante et le plaça dans une Académie militaire de 9 à 13 ans. Il présenta alors des troubles du comportement sévères et des difficultés pour étudier.

Son passé médical était important. Il avait eu à l'âge de un an, une double cure de hernie, et avait subi un traumatisme crânien à 12 ans, avec une suspicion de fracture pour lequel il fut traité (il reconnut simuler des fractures depuis cette date).

A contre-coeur, il rapporta qu'après la séparation de ses parents, sa mère prit pour amant un chirurgien. Cet homme le traita comme un fils et le malade l'adora jusqu'au moment où il trouva un préservatif dans la salle de bains. A partir de ce moment-là, il développa une haine intense et eut l'idée de le poignarder à plusieurs reprises. C'est ce chirurgien qui l'opéra des amygdales. Le malade était persuadé que lors de l'opération, le chirurgien allait le tuer, ceci en relation avec ses propres désirs de meurtre. Sa mère mourut lorsqu'il avait 16 ans.

A partir de 19 ans, il travailla comme infirmier dans de nombreux hopitaux où il voulait toujours être attaché, docilement, au médecin. Il s'intéressait particulièrement à la chirurgie et aux autopsies. A 21 ans il fit une pneumonie après sa sortie de l'Hopital il se fit réhospitaliser, dans un autre service, simulant les symptomes dont il venait juste de guérir.

Ensuite, il fut hospitalisé dans plus de 20 Hopitaux de la Côte Est des Etats Unis. Il contrefaisait maintes maladies et s'infligeait à lui-même des blessures. Il raconte qu'il demanda à un chirurgien de lui casser les chevilles pour corriger une subluxation bilatérale, qu'il prétendait avoir depuis longtemps. C'est un exemple d'éxagération théatrale, typique chez ce malade, qui fut mis à jour à la lecture de son dossier : on apprit que l'intervention chirurgicale avait eu lieu pour de simples exostoses.

Il s'arrangea pour se faire enlever l'appendice et pour subir six

interventions réparatrices sur la même cicatrice. Il savait que ces opérations n'étaient pas nécessaires et douloureuses, et il était sûr qu'aucun médecin ne refuserait de l'opérer s'il payait des honoraires importants. Il ajoutait aussitôt qu'aucun médecin ne lui dit jamais qu'il déraisonnait.

Il trouva souvent du travail dans l'Hopital même où il avait été opéré. Il avait été plusieurs fois à l'Hopital psychiatrique pour des tentatives de suicide et des états d'excitations psychotiques et on l'avait traité par des électro-chocs. Le diagnostic posé était souvent celui de réaction schizophrènique.

Lorsde la psychothérapie les thèmes suivants furent exprimés :

Tout d'abord ses notions sur la chirurgie et l'anatomie étaient sexualisées et déformées de façon caricaturale. Il pensait que les amygdales étaient des glandes sexuelles stimulées par la pratique de la fellation et que l'on peut être opéré des amygdales si l'on est hypergénital ou homosexuel. Il interprêtait sa double cure de hernie comme une castration (noter la unnéologisme, le malade disant : la supression des "intesticules".)

En second lieu, il imaginait être le fils de l'amant de sa mère (le premier chirurgien de sa vie) et il interprêtait l'acte chirurgical comme la punition qu'il méritait du fait de ses désirs de meurtre qu'il avait eu envers ce chirurgien ; adolescent il décida de devenir médecin, comme lui.

Enfin, il remettait en jeu les mêmes relations avec tous les médecins, cherchant à réaliser une relation de soumission infantile, décevant cependant le médecin et l'invitant à le punir par le relai de la chirurgie et trouvant du plaisir à faire du médecin un escroc en l'achetant par des honoraires élevés.

L'examen psychométrique montrait un QI à 86, des signes d'organicité et un gros déficit de son image du corps. La dernière impression diagnostique fut celle d'un caractère exceptionnellement infantile et très dépendant avec des tendances à la toxicomanie et des traits limites (Border line).

Les quatre cas rapportés par CRAMER et Coll., mettent en évidence un mélange de caractéristiques appartenant à l'hystérie, à la simulation et au syndrome de Munchausen.

Tous ces malades montrent des traits hystériques typiques, tels leur exhibitionisme histrionique, la dramatisation des plaintes, la sexualisation de leur relation avec les médecins et l'emploi de mensonges extravagants ; deux malades ont des symptomes de conversion. Dans de nombreux cas, la simulation ne peut pas être facilement séparée de l'hystérie et la simulation est souvent mentionnée comme faisant partie du tableau hystérique (comme dans le fait des hospitalisations multiples).

Le cas rapporté illustre la participation du contrôle volontaire dans les symptomes de conversion. Le malade s'étant fait une entorse au poignet se plaignait, il réclama à plusieurs reprises que son bras fut immobilisé par une écharpe pour quelques jours, ce que le médecin fit à regret. Il se plaignit alors d'une paralysie de la main et des doigts , à l'examen il avait aussi une anesthésie au tact et à la douleur de l'avant bras. Ces symptomes ne disparurent que lorsque le malade fut confronté avec son besoin d'attirer l'attention.

Il semblait que cette paralysie et cette anesthésie étaient presque sous le contrôle de la conscience, puisqu'une simple confrontation suffisait à les chasser, comme s'ils étaient à la limite de symptomes induits consciemment et de symptomes franchement hystériques. Tous ces patients étaient certainement en partie des simulateurs puisqu'ils prenaient consciemment des anticoagulants pour saigner ou empêcher la guérison d'une blessure.

CRAMER explique plus loin que si ces quatre malades montrent des caractères généralement décrits dans le syndrome de Munchausen et aussi dans l'hystérie et la simulation, il est nécessaire de chercher une formulation en terme psychodynamique, c'est-à-dire d'aller, pour une compréhension de leur trouble, au-delà de la simple étiquette descriptive. Et c'est d'une façon particulièrement intéressante, sur les quatre cas présentés dans ce travail, que CRAMER va étudier les relations objectales de ces malades, particulièrement avec les médecins, ce qui permettra d'éclairer mieux leur profil psychologique spécifique.

Les points d'intérêt principaux communs à ces malades :

- Le choix du champ médical comme terrain où ils peuvent exprimer leurs conflits.
- La relation particulière et le comportement qu'ils établissent avec les médecins.

- Une biographie montrant un intérêt particulier pour les médecins et la médecine.

- Un besoin d'être malade et de se soumettre à des interventions chirurgicales et un problème particulier d'identification.

- Les relations avec les médecins dans leur biographie :

Deux des quatre malades étaient fils ou beau-fils de médecin. Pour les deux autres, le médecin était vécu comme une figure d'autorité principale ou comme l'objet d'une grande admiration.

Les deux femmes avaient eu des problèmes affectifs avec des médecins. Les deux hommes accusaient les médecins d'intentions homosexuelles.

Pour les femmes, le médecin était vu d'abord comme une figure idéale puis comme une image désappointante, ceci entrainant des sentiments intenses de vengeance. Pour les hommes, les médecins étaient vus comme des représentations de l'autorité dont il fallait attendre de sévères punitions.

Trois des malades avaient souhaité devenir médecins, un avait commencé ses études médicales; tous trois étaient infirmiers.

Devenus adultes, ces patients recherchent constamment le contact avec les médecins, soit en travaillant avec eux, soit comme malades. Le déroulement de leur hospitalisation suit un modèle réglè:par le biais de lésions provoquées ou de faux symptomes de maladies, le malade se fait admettre, il souffre et le montre avec un exhibitionisme dramatique qui s'adresse à la toute puissance, à la vocation de soigner, apanages supposés du médecin.

Cet étalage de souffrance et d'abandon ne manque pas de mobiliser le médecin qui y répond souvent en employant la morphine "infaillible". Le malade a une connaissance étendue du vocabulaire médical et s'en sert pour enrichir le moindre trouble organique, imitant souvent un diagnostic intéressant et difficile, tel la porphyrie ou la myopathie.

La demande du malade est grande en attention, en médicaments, mais au dessous de son impuissance, on détecte une amertume et un ressentiment contre les médecins.

Puis son ambivalence devient manifeste, il se plaint d'avoir été mal traité et accuse formellement les médecins d'avoir fait un faux diagnostic ou d'avoir contribué à l'aggravation de son état.

Cependant, il réussit souvent en séduisant les chirurgiens à ce qu'on

l'opère en dépit d'indications opératoires très pauvres, alors il lui devient facile d'accuser les médecins de comportement égoïste ou sadique.

Ensuite le malade s'arrange habituellement pour se mettre en travers de sa propre intrigue et pour que la mystification soit découverte. A ce moment, l'ensemble des médecins répond par une condamnation indignée et se désintéresse de lui totalement.

Enfin le malade signe sa pancarte, accusant les médecins d'incompétence ou de travail mal fait, ou il est mis dehors.

A ce stade là, il est difficile au médecin de reconnaitre la souffrance psychologique du malade et de l'adresser à un psychiatre et le malade reste ainsi "hors circuit" jusqu'à sa prochaine hospitalisation.

La relation avec le médecin est une répétition des relations avec les parents. Ceci est possible car les médecins deviennent des objets avec lesquels les vicissitudes des relations d'objets aux différents stades du développement, oedipien ou préoedipien, peuvent être représentées.

En premier, ce que le malade cherche c'est le retour à un état de confort et de dépendance : le cadre hospitalier et le médecin jouent un rôle maternel protecteur. Le caractère répétitif des hospitalisations montrentavec quelle force il cherche à rétablir une unité à l'intérieur de l'atmosphère maternelle. A un plus haut niveau de développement, les femmes se réprésentent les médecins comme des objets idéaux hétérosexuels qu'elles poursuivent, et sont irritées de leur refus, par contre les hommes voient le médecin comme un père qui punit et auquel ils doivent se soumettre et cherchent une relation régressive, plus protectrice et homosexuelle.

Comme MENNINGER le note, l' agressivité du malade polyopéré contre l'objet est intense, elle est retournée contre le moi (par les opérations ou les suicides) et projetée sur le chirurgien qui est considéré comme un individu manquant de sollicitude, rejetant et sadique, toutes accusations qui expriment le ressentiment du malade contre des parents punitifs.

Le choix de l'identification est particulièrement important chez ces malades et éclaire leurs moyens de défense et leurs conflits de base. Cela contribue aussi à la compréhension de la psychologie de ceux de ces patients qui étaient infirmiers. Ces malades oscillent entre deux identités opposées puisqu'ils sont en même temps infirmiers soignants et malades. Comme infirmiers il doivent être capables de s'occuper avec soin des malades : cette identification leur permet de nier leur propre

dépendance très importante et leur désir de passivité. En devenant eux-mêmes une figure parentale (dans leur travail) ils se défendent ainsi contre la perte de cette figure. De façon intéressante la simulation est souvent rapporté lors des observations de malades faisant partie du personnel infirmier ; ceci peut ne pas être dû seulement aux connaissances médicales acquises qui leur permettent de donner une description particulièrement valable de leurs troubles organiques mais, peut-être, exprime l'effort particulier qu'ils fournissent dans leur travail.

Ils doivent être exclusivement altruistes aux dépends de leurs besoins irrésistibles de dépendance.

La simulation doit être leur seul moyen d'atteindre l'état privilégié de leurs propres malades, en goutant eux-mêmes l'attention et les soins qu'ils donnent habituellement.

Le métier d'infirmier les met en contact étroit avec le médecin, il est bien connu que ceci est un des facteurs qui détermine le choix de la carrière. Le besoin de rapprochement associé au désir d'être choisi par le médecin est bien mis en évidence dans les deux cas féminins qui ont eu des relations sentimentales avec des médecins. Pour les hommes, la position d'infirmier est un abandon régressif de la rivalité avec le père, par le biais de l'acceptation d'une attitude docile. La rivalité reste dans le domaine de l'imaginaire : le désir de devenir médecin.

A plusieurs reprises les quatre malades avaient agi comme s'ils étaient médecins (employant des termes médicaux, disant au médecin qu'il ne savait pas ce qu'il faisait). Cette imposture au niveau du rôle du médecin, bien que moins visible que l'imposture en tant que malade est un moyen déterminant important de leur relation avec les médecins : la nature défensive de cette attitude a été interprétée comme une tentative de surmonter de graves sentiments d'infériorité.

Cette baisse de l'estime de soi est issue en grande partie de déceptions antérieures : c'est à cause de ce sentiments de rejet de la part du père que nos malades essayent de s'identifier avec lui ; en devenant comme lui, ils n'auraient plus à redouter ce rejet.

Quelles sont les causes de l'oscillation de l'identification. Chaque fois que la situation vitale, déjà perturbée, les met en face d'un nouveau rejet ou d'une frustration, il y a reviviscence des désirs sadiques contre les parents qui l'ont abandonné. La colère les empêchent de poursuivre le rôle très difficile d'infirmier à vocation soignante et ils

font place au rôle de malade, rôle plus regressif, plus défensif, avec retournement vers l'intérieur de l' agressivité. Quand la mystification est découverte et l'opération refusée, cette position défensive ne peut plus être maintenue et la colère se projette avec force contre le médecin. Cette constante oscillation entre deux identifications opposées révèle la fragilité de leurs défenses (comme si ces caractéristiques étaient au coeur de leur psychologie d'imposteur).

La fragilité et le caractère archaïque de leurs défenses, l'instabilité des identifications et la sévérité de leur auto-destruction contraignante et la distorsion de leurs relations d'objet, indiquent une très sérieuse perturbation du moi, comme on l'a vu chez ceux de ces quatre malades qui avaient un psychose évidente.

Comme les observations cliniques le montrent, la pathomimie peut être une tentative désespérée d'éviter une désintégration plus importante ; ceci suggère qu'il faudrait montrer ces malades dans les services psychiatriques dès que la nature de leur maladie est reconnue, pour éviter des actes médicaux et surtout des interventions chirurgicales inutiles et les effets désastreux très probables d'une sortie trop rapide de l'Hopital.

Ayant ainsi exploré les cheminements différents qui ont mené les auteurs de la littérature à des étapes successives dans la compréhension du problème des polyopérés, nous rapportons les observations de 12 malades que nous avons suivi personnellement à la Clinique de l'Hopital Sainte Anne ou dont nous avons pu reprendre les observations.

Mademoiselle G, âgée de 40 ans,
ancienne employée de maison, puis ouvrière spécialisée en usine, est entrée au Service Libre de la Faculté, le 30 Décembre 1966. Elle y était adressée par le Docteur L qu'elle avait vu une seule fois comme psychiatre consultant alors qu'elle était hospitalisée en Rhumatologie.

Mademoiselle G accepte cette hospitalisation comme un hâvre : elle est à bout de souffrances, son cas n'intéresse plus personne autour d'elle (sauf peut-être son frère, mais qu'elle voit très rarement). La symptomatologie dépressive semble dominante; elle est découragée, n'a pu reprendre de travail depuis plus de 6 mois, ses dorsalgies, ses lombalgies aux irradiations multiples semblent au-delà de toute ressource thérapeutique. Elle songe au suicide.

Chez cette femme grande (1m72), forte (76kgs), de type dysmorphique, l'habitus extérieur est celui d'une dépression : le faciès est figé, les épaules voutées, elle ne peut se déplacer sans risquer un faux mouvement dont les répercussions douloureuses seraient intolérables.

Nous envisagerons succéssivement :

- la biographie de Mademoiselle G jusqu'en 1950, date à partir de laquelle s'amorce la longue histoire pathologique,

- puis nous tenterons de dresser le double inventaire pathographique et psychographique de l'histoire de Mademoiselle G, s'étendant de 1950 à 1967

- nous établirons ensuite une description des symptômes thymiques et somatiques durant l'hospitalisation avant de discuter du cadre, ou des cadres nosologiques dont ressort notre malade.

BIOGRAPHIE

Mademoiselle G est née en Février 1926. Ses parents et un frère, de 5 ans son ainé, l'accueillent avec joie.
Son développement psycho-moteur est semble-t-il absolument normal. Elle est droitière, le contrôle sphinctérien est acquis sans difficultés.

Ses parents, nous dit-elle, sont "merveilleux".
L'entente conjugale est excellente, et G. est élevée dans un milieu affectivement protégé.

Son père originaire de l'Oise, est boulanger. Il travaille pour son compte et tient boutique. Il est en parfaite santé, de constitution robuste et représente l'image même de la force physique.

Sa mère, ardennaise, tient la boulangerie. Par opposition au père "manuel" c'est une "intellectuelle" dont la vie est toutefois handicapée par de fréquentes migraines.

Il n'y a, parmi les collatéraux, aucun passé psychiatrique et c'est dans un foyer sans doute harmonieux que se fait l'éducation de G. Elle entre à l'école communale à 4 ou 5 ans, elle poursuit une scolarité normale mais d'éfficience très relative. Elle reconnait ses limites. Elle ne retient rien, n'obtient pas son Certificat d'Etudes et est très heureuse de quitter l'école à 14 ans. Dès lors, et pendant 6 ans, elle travaillera avec ses parents à la boulangerie. C'est une fille solide que le travail n'effraie pas et qui brouette des sacs de 100 kgs de farine.

Elle est réglée à 13 ans1/2 - 14 ans, cela ne la choque pas mais l'écoeure un peu. Elle n'est pas surprise parce que dès l'âge de 11 ans, une camarade lui avait "montré ce que c'était".

G ne reçoit chez elle aucune éducation sexuelle, dans la famille les problèmes sexuels sont tabous. Son père, assez autoritaire, interdit formellement qu'elle aille au bal le soir. Lorsqu'une fille du village était enceinte, "c'était les hauts cris dans la famille, on aurait fermé le magasin si cela m'était arrivé".

Malgré ce réseau d'interdits, à l'âge de 15 ans quelques flirts s'ébauchent. C'est la guerre, parisiens et campagnards se réunissent le Dimanche et on joue à la mariée avec des rideaux sur les épaules. Ces jeux l'attendrissent et la comblent.

Mais à 17 ans, un garçon de son âge qu'elle aimait bien, la déflore contre sa volonté (elle ne parle pas de viol), elle se débat, ne sait pas ce qui lui arrive, cela se passe debout, mais est obligée de reconnaitre qu'il est arrivé à ses fins.

Cet évènement est sûrement le premier drame de sa vie. Rentrant chez elle elle est bouleversée par la vision du sang et pendant 10 jours elle ne sortira pas car elle n'ose regarder personne, ne détache pas les yeux de

son assiette et pleure sans arrêt. Elle n'a d'abord rien dit du drame à ses parents qui pourtant s'inquiètent de son état. Un jour où elle n'en peut plus, elle leur livre sa "faute" (car en fait, elle se sent profondément coupable).

C'est alors la honte et le déshonneur qui s'abattent sur la boulangerie "j'avais fait un crime, dit-elle". Son père menace d'abord de tuer le jeune homme, ensuite tente de lui imposer une réparation (c'est-à-dire le mariage). En fait il semble que tout ceci se soit limité à des intentions punitives car on craignait par dessus tout le qu'en dira-t-on.

Aussi est-ce dans l'angoisse (le mot est d'elle) que l'on attend les prochaines règles de G. Lorsqu'elles apparaissent, c'est le soulagement général.

Depuis lors G aura un dégout pour l'acte sexuel, elle ne reverra plus jamais et fuira même, le garçon qui l'a agressée.

A cette époque se situe une chute sur le verglas qui aurait entrainé une fracture sans déplacement (appelée "fêlure") de l'os du bassin au niveau de l'aine droite. Il n'y a aucune impotence fonctionnelle, pas d'immobilisation mais pour la malade c'est alors qu'apparaissent des douleurs menstruelles dont la responsabilité sera imputée à la chute sur le verglas. Les règles de Mlle G font figure, à partir de ce moment là, d'évènement familial. La mère, la première, s'empresse autour d'elle, lui fait des onctions de laudanum sur le ventre, multiplie les briques chaudes. Ceci se reproduira tous les mois jusqu'en 1950 et sera finalement le symptôme qui conduira aux premières interventions.

Deux ans plus tard, Mlle G qui a 19 ans (1945) noue une deuxième aventure avec un fermier du village, de 3 ans son ainé, Marcel. "Il était inscrit quelque part que c'était lui qu'elle devait épouser, quand il n'était pas là, il faisait gris, quand il était là le soleil revenait."

Elle l'admirait (c'était un athlète, un dieu à qui tout réussissait) je l'adorais surtout, dit-elle, parce qu'il m'avait toujours respectée. La mère de Marcel s'oppose à leur mariage car la dot de Mlle G ne saurait être suffisante, aussi avant le départ de Marcel pour le Service Militaire decide-t-elle de se donner à lui, non pas pour une satisfaction physique car elle préférait leurs relations platoniques, mais avec le secret espoir qu'une grossesse lèverait les obstacles au mariage. Malheureusement l'acte reste sans effets. Actuellement Mlle G se réjouit d'une chose, Marcel ne

s'est jamais marié; ils se sont revus très épisodiquement, en amis, depuis 1946.

A 19 ans, elle aura vécu le seul amour de sa vie : c'est lui qu'elle recherche et retrouve parfois dans la lecture de romans d'amour.

A cette date, 1945, se place la mariage de son frère avec la première femme rencontrée (nous reviendrons sur ce que nous pouvons savoir de leurs personnalités). Ce frère qui travaillait avec le père au fournil est obligé de quitter la famille à son mariage. En effet, les affaires marchent alors mal, la boulangerie ne peut plus suffire à employer 4 puis 5 personnes. Le frère s'installe à Paris et entre dans la Police.

Mlle G est assez heureuse de se retrouver avec ses parents, elle est gâtée par eux, ce que sa belle-soeur lui reproche déjà.

Mais en Juin 1946, la boulangerie doit fermer définitivement et son père commence un travail dans une coopérative agricole, Mlle G qui a 20 ans, se place comme employée de maison pendant 15 mois, puis à Paris pendant 11 mois.
Le rendement professionnel est, semble-t-il très bon, ses services sont très appréciés.

Mais à partir de cette date débute l'histoire pathologique de Mlle G. Elle a dressé et écrit elle-même sa pathographie qu'elle intitule "Cas de Mlle G" que nous nous permettrons d'exposer en la commentant parce qu'elle nous semble plus significative que toutes les interprétations ou traductions que nous pourrions faire :
" En 1942 (16ans) en tombant sur le verglas, je me suis fêlé l'os du bas-
"sin au niveau de l'aine droite. A partir de cette date je me suis mise
" à souffrir de règles douloureuses jusqu'en 1950. N'y tenant plus, je suis allée voir le Docteur A., gynécologue, qui a diagnostiqué une rétro-
" version de matrice ainsi qu'une appendicite chronique et m'a fait opérer
" par le Professeur B. à l'Hopital.

Premier compte-rendu opératoire Avril 1950

Mediane suspubienne. Retroversion mobile, ovarite sclero-kystique gauche.
Ovariectomie suivie d'ovariorraphie après effacement vesico-pituito-utérin,
Appendicectomie. Paroi en trois plans (nylon)

" Un mois après tout allait bien lorsqu'un ami, m'attrapant à bras le corps, par surprise et me faisant tournoyer à l'horizontale plusieurs "tours avant de me reposer à terre, a fait céder mon opération et aussi- "tôt après des douleurs dans le ventre m'obligèrent à m'aliter. Je suis "restée presque un an à me plaindre tout le temps de mon ventre. S'il me "fallait marcher, je demeurais pliée en deux et là, le Professeur B déci- "da de m'opérer à nouveau en 1951 à l'hopital et m'a trouvé l'ovaire "gauche complètement gâté, d'où ablation de l'ovaire gauche."

Deuxième compte-rendu opératoire - 1951

Lapartomie médiane sous-ombilicale - Annexe gauche malade : salpingo-ovarite. - Annexectomie gauche.
La trompe droite présente en surface de petites vésicules de la taille d'un grain de mil , prélèvement pour examen histologique.
Péritonisation par réunion des 2 pédicules vasculaires gauches, plus, un point en bourse au lin sur le plan postérieur du ligament large.
Paroi en 4 plans. - Fil métallique sur l'aponévrose.

"Dans les mois suivants, impossible de reprendre une vie normale. A chaque "fois que je faisais un mouvement ou que je subissais une secousse brusque "je ressentais une douleur dans le ventre et devais me coucher deux ou "trois jours à chaque fois.
"En 1954, le Professeur B ne voulant plus me réopérer, je suis allée voir, "aidée par mes parents, le Professeur C qui décida de procéder à une opé- "ration exploratrice.
"Il a trouvé que j'avais le péritoine cousu à la paroi abdominale, ainsi "qu'un kyste à l'ovaire droit et a fait la résection du nerf présacré".

Le compte-rendu opératoire de fin Juillet 1954 confirme les modalités de cette intervention, mais une lettre du Docteur C, du début Juillet, prouve que ce n'est pas sans rétiscenes qu'il a du se résoudre à cette opération.
Dans la lettre du début Juillet 1954, le Docteur C note :
"J'ai vu votre malade qui est cependant une superbe fille, d'aspect floris- sant. Elle m'a raconté les opérations qu'elle avait subies et qui semblent bien indiquer qu'on n'avait pas trouvé de choses bien extraordinaires.
A l'examen, je ne trouve pas non plus de lésions bien manifestes et cer- tainement il y a chez elle un état psychique avec troubles hormonaux.
Etant donné ce que vous me dites et les douleurs qu'elle présente, il y a peut-être à envisager l'opération de Cotte qui consiste en une résection

du nerf présacré. Cette laparotomie permettrait en même temps de faire une vérification nouvelle. Mais ensuite il faudra traiter par les hormones qui sont utiles. Etant donné son aspect corporel, elle serait plutôt une hyperovarienne. Mais comme on lui a enlevé un ovaire, il doit s'être installé des troubles d'hypo-ovarie de sorte qu'il faut tâter tantôt l'hormone mâle, tantôt l'hormone femelle pour savoir celle qui agit le mieux et ceci serait à faire après l'opération de Cotte".

Reprise du récit :

"Tout semblait aller bien à cette date, mais quelques mois plus tard, je "souffrais de douleurs dans le côté droit qui allèrent en s'accuentant "de jour en jour jusqu'à l'impossibilité complète de marcher.
"En Septembre 1955, fixation du rein droit par le Professeur C."

Compte-rendu opératoire

Nouvelle laparotomie. Epiploon collé à la pexie. Libération à droite, petit kyste de l'ovaire, on enlève le kyste, on laisse la moitié de l'ovaire. La trompe droite est bien perméable et est laissée.
Résection du nerf présacré. - Fermeture au nylon.

"C'est à partir de cette date que tout est rentré dans l'ordre. Je ne "souffrais plus du tout, ce qui dura cinq ans. Tout allait très bien et je "reprenais une vie active."

L'auto-observation de Mlle G passant sous silence les années s'étendant de 1955 à 1961, nous ouvrons une parenthèse dans son récit pour relater les évènements pourtant importants qui ont marqué cette période.

En 1955, après la pexie rénale, Mlle G perd sa mère chez qui est apparu progressivement un déficit moteur droit. L'impotence fonctionnelle augmentant, un avis médical est demandé et la malade est hospitalisée dans une clinique et opérée d'une tumeur cérébrale. Le pronostic est très sombre, et Mme G meurt trois mois plus tard.

Mlle G qui n'avait assumé aucun travail depuis sa première intervention en 1950, reste chez son père, s'occupant de lui et assumant les activités ménagères.

Brutalement, en Avril 1957, son père décède d'une crise cardiaque, en une nuit : elle est le seul témoin de sa mort.

Le décès de ses parents est surement un choc "immense" pour Mlle G. (il est qualifié tel par son frère). En effet, elle se reposait beaucoup sur eux, restant la petite fille que l'on gâtait et c'est dans la quiétude du foyer (je cite son frère) qu'elle assurait la convalescence de ses interventions successives.

Et paradoxalement, c'est de cette époque endeuillée que Mlle G dit : "Tout allait très bien, je reprenais une vie active", ajoutant par ailleurs, "mon père est mort au bon moment pour moi".

En effet, en Mai 1957, elle est capable de reprendre du travail comme employée de maison.

Dans cette période productive, qu'elle appelle faste de sa vie, et qui s'étend de 1957 à 1961, elle aura deux employeurs successifs, quelques arrêts de travail, et une liaison. Elle fréquente son ami pendant quelques mois, à l'espoir de se faire épouser par lui et consent à une dizaine de rapports sexuels qui ne lui plaisent pas du tout. "Je suis frigide, dit-elle, et je n'ai jamais été portée au 7ème ciel". Cette liaison cesse brutalement lorsqu'elle apprend qu'il est marié. Elle reconnait que certains détails auraient dû l'en avertir plus tôt.

Nous reprendrons ici la relation personnelle de Mlle G sur son cas :

"En Mars 1961, après avoir porté de lourdes valises, j'ai ressenti une "douleur vive, exactement à l'emplacement de ma dernière opération, celle "de mon rein droit et j'ai du être hospitalisée pour examens et radios. "Personne n'a vu ce que j'avais. Retournée à l'hopital où l'on m'a fait "des ultra-sons, j'en suis ressortie un mois après pour aller dans une "maison de repos mais en souffrant toujours de cette douleur atroce qui "me forçait à marcher avec une ceinture très serrée dont je ne pouvais "me défaire. Je ne pouvais presque pas marcher. Tout ce qui était trans-"port me faisait horriblement mal et je ressentais tout autour du corps, "mais particulièrement du côté droit, des sensations de déséquilibre, "comme quelque chose qui me lâchait, se reculait, se retirait de moi, "principalement à l'endroit de l'opération du rein, ce qui me donnait "l'impression d'avoir le rein droit qui flottait de nouveau. Je ne pou-"vais absolument rien porter, non plus. J'ai du rester environ huit mois "sans travailler et ensuite, j'ai repris une petite activité aidée par "le reclassement professionnel. Tout en travaillant je souffrais le mar-"tyre et j'ai du aller voir le Professeur D, un nephrologue. Après exa-"mens très approfondis, il en résulta qu'il ne s'agissait pas de mon rein

"en question. Au cours des mois suivants j'ai vu d'autres Professeurs et "Docteurs de la colonne vertébrale qui n'ont rien trouvé de ce côté. Les "années passaient toujours et j'étais presque infirme ne pouvant vivre "normalement.

"En Mai 1963, un Américain (de passage à Paris) spécialiste des vertèbres, "en voyant mes radios découvrit qu'il s'agissait d'une vertèbre qui portait "à faux et décide de le la remettre en place par une manipulation qu'il "m'a faite de la hanche à l'épaule. Je ressentis une douleur très vive "dans le sens opposé et à partir de ce moment là il me déclara que je "n'avais plus rien d'anormal. Je suis repartie avec ma ceinture sous le "bras, chose impossible avant, car il m'a fait constater au moyen de dif- "férents efforts qu'il n'était plus question de rein flottant, ni de ventre "pendant et je suis revenue chez moi, littéralement transformée : (com- mentant ce "miracle" Mlle G nous a dit : j'avais rencontré le bon Dieu "et je me suis précipitée au sortir de chez lui dans une cabine téléphoni- "que téléphoner à tous mes amis qui pouvaient avoir besoin de lui. De- "vant toutefois retourner chez lui, sur sa demande, huit jours après "pour une soi-disant scoliose du cou, il m'a enfoncé toutes les vertèbres "du cou ce qui par la suite, m'a donné des douleurs terribles dans la "tête, quelque chose d'épouvantable. Aussitôt, prise de frayeur l'on "m'emmena consulter le Docteur E à l'hopital, spécialiste des vertèbres "également, qui me souleva pour me remettre mes vertèbres cervicales et "dorsales et c'est en faisant cela qu'il m'a redébloqué la vertèbre lom- "baire qui me faisait souffrir depuis 4 ans. Au cours de 4 à 5 séances, "il a procédé à diverses rotations de la tête pour remettre mes vertèbres "cervicales, sans résultat, souffrant toujours autant, bien qu'il ne "veuille plus y toucher.

"A partir de Juin 1963, à la suite de cela, je suis allée voir le Docteur "F, ostéopathe qui a recommencé les mêmes manipulations que le Docteur E, au moins 5 ou 6, en déclarant que je souffrais d'entorses dorso-lombaires "mais qui demeurèrent également sans effet de soulagement.

"Quelques temps après, je suis allé voir Monsieur G, masseur réputé, le "plus célèbre dans le monde sportif, qui m'a fait subir trois manipula- "tions.

"Dans les jours qui suivent, j'ai été consulté le Professeur H, sur les "recommandations de mon médecin attitré, qui a décidé de m'envoyer à "domicile un kinésithérapeute, debut 1964, Monsieur I, qui lui, a réussi "totalement à me remettre d'aplomb, quitter ma ceinture et reprendre une "vie normale après un an d'effort, en Août 1965.

"Au mois de Septembre 1965, rechute en glissant dans les escaliers, et "d'autre part, par suite de poussées reçues derrière la tête, j'ai du "recourir de nouveau à Monsieur I plusieurs fois qui a du procéder à "d'autres manipulations qui donnèrent un résultat favorable.

"Le 1er Juin 1966, après un mouvement malencontreux d'une tierce personne "et à cause de la fragilité de ma colonne cervicale, j'ai du arrêter mon "travail que je n'ai jamais pu reprendre. Monsieur I ne pouvant plus "s'occuper de moi et n'y tenant plus, j'ai du aller voir, sur les conseils "de mon pharmacien, un kinésithérapeute aveugle, Monsieur J, qui lui, en "une seule fois a détruit tout le travail d'une année de Monsieur I, ce "qui m'a replongé dans un état catastrophique (il m'a assassinée littéralement).

"Absolument écrasée, ne tenant plus debout, j'ai fait appel encore une "nouvelle fois à Monsieur I, en Juillet 1966 qui en trois séances, a "réussi à réparer le mal commis par l'aveugle, et est parti en vacances "alors que je n'étais pas complètement rétablie, d'où cette douleur aigue "dans le côté droit du ventre que j'ai ressentie dans la nuit suivant son "départ. Lui étant absent pour un mois et ne pouvant rester dans cet état, "je me suis trouvée dans l'obligation en Août 1966, de m'adresser au Docteur K, réputé pour la remise en place des vertèbres, qui m'a aussitôt "soulagée. Je ne sentais plus rien, tout était rentré dans l'ordre. Cela "dura six jours. Puis en me penchant, rechute. Il m'a fallu de nouveau "recourir au Docteur K qui m'a prévenue que ce qu'il venait de remettre "devait tenir au moins une quinzaine de jours afin d'éviter une rechute "qui, cette fois, serait plus délicate. Mais après un minimum d'un mois "et demi, nouvelles rechutes. Ne pouvant absolument plus rien faire, et "étant toute seule, il m'a fait hospitaliser en rhumatologie où je suis "restée seulement huit jours, faute de place. J'y ai vu le Docteur L "qui voyant mon état déprimé, m'a conseillé de rentrer dans un service "de psychiatrie, ce que j'ai fait fin Décembre 1966. Ma dernière remise "en place a craqué le 4 Janvier 1967 par suite d'un moment d'oubli de ma "part en me mettant au lit. J'ai tout de suite ressenti quelque chose d'anormal dans les jambes comme à chaque rechute et depuis j'ai des "sensations de vide autour de moi, de ventre qui se remet à pendre dès "que j'enlève ma ceinture comme de 1961 à 1964 lorsque Monsieur I m'avait "prise en charge et rétablie en 1965.

Telles sont donc les données biographiques et parfois même auto-biographiques relatives à Mlle G. Certains renseignements complémentaires ont

pu nous être donnés par son frère. Il est actuellement agé de 46 ans. C'est une personnalité rigide, avec des traits obsessionnels qui garde ses distances mais fournit volontiers tous les renseignements qui pourraient concourir à la guérison de sa soeur. Il s'insurge immédiatement contre le fait que sa soeur puisse être considérée comme "nerveuse". A plusieurs reprises, il affirme que sa soeur est très équilibrée, en prenant pour preuve tangible que malgré sa détresse, elle a toujours su équilibrer son maigre budget (constitué le plus souvent de prestations versées par la Sécurité Sociale). Comme témoin de la douleur de Mlle G, il parle d'abondance de ses cernes sous les yeux, "comme il n'en a vu à personne d'autre".

Il confirme que l'enfance de Mlle G a été exempte de tous soucis, au ès de parents heureux. Dans la famille le père et la fille étaient les manuels, alors que la mère ("raffinée, enseignant le maintien") et le fils étaient les intellectuels, ce qui explique que Mlle G fasse toujours appel à son frère pour les problèmes d'ordre administratif: lettres d'affaires ou contrats d'assurances.

Mlle G n'est pour ainsi dire jamais reçue chez son frère, en effet, la femme de ce dernier a une antipathie profonde, instinctive pour sa belle-soeur, ceci parce qu'elle est blonde, de teint pâle et forte. Dès le début du mariage, et même à l'époque où Mlle G s'est retrouvée seule après le décès de ses parents, ces griefs ont prévalu (et on conduit à éviter totalement la malade). Le ménage M. a 2 fils, de 20 et 21 ans qui ne voient jamais leur tante. Monsieur M dit avoir beaucoup souffert de cet état de choses et tels sont les renseignements que nous avons pu obtenir de lui.

Pour terminer cette biographie, et dans un but récapitulatif, nous pouvons constater que depuis 13 ans, l'inventaire de la consommation médicale de notre malade s'établit à 15 médecins, 7 chirurgiens, 4 masseurs kinésithérapeutes, exclusion faite de tous les radiologues ayant eu pour mission de pratiquer des explorations radiologiques diverses. Cet inventaire est très incomplet, Mlle G signalant qu'elle a vu beaucoup d'autres médecins dont elle a oublié les noms. Partout, auprès des commerçants ou des rares amis qu'elle voyait, elle était en quête d'un nom, d'une adresse à laquelle elle s'empressait de courir.

Un fait mérite d'être signalé : dans l'histoire pathologique de Mlle G, les spécialistes s'échelonnent ainsi :

- de 1950 à 1955 : des gynécologues
- en 1961 : des néphrologues
- de 1961 à 1967 : des rhumatologues, ostéopathes et kinésithérapeutes.

Tout au long de ce périple, elle ne s'est jamais adressée à des radiesthésistes, acupuncteurs, rebouteux ou guérisseurs, du moins ne le dit-elle pas.

Sur le plan professionnel, pendant les 5 années qui s'étendent de Mars 1961 à Décembre 1966, Mlle G a totalisé un minimum de 27 mois d'arrêt de travail (encore faut-il ajouter que pendant un an, elle n'a travaillé que quatre heures par jour comme employée de maison). Elle a fait l'objet de deux tentatives de reclassement professionnel (comme soudeuse) et toute deux se sont avérées sans effet.

Durant cette longue période, Mlle G qui balançait de spécialiste en spécialiste, a vu ses rares amis et ses voisins eux-mêmes se lasser, et se désintéresser d'elle. Seul son frère venait la voir une ou deux fois par mois.

Elle ne s'accordait plus aucune distraction en dehors de la télévision dont elle regardait les programmes au lit. Elle ne pouvait plus aller dans les bars en sortant de son travail, tous les hommes la regardant, dit-elle, "car devant son visage et ses cernes, ils pensaient qu'elle devait faire la vie".

Symptomatologie fonctionnelle et thymique durant l'hospitalisation

- Lors de son entrée dans le service, la note dominante était, nous l'avons dit, la composante dépressive : Mlle G n'en pouvait plus de souffrir et envisageait le suicide comme la seule solution (il n'y a jamais eu de passage à l'acte, et il semble bien que Mlle G n'ait jamais envisagé qu'elle pouvait en finir par tel ou tel moyen).

- Puis très rapidement la tendance dépressive s'est estompée pour faire place à l'exposition de plaintes cenesthopathiques plus que de véritables douleurs, Mlle G fait état de sensations anormales, sourdes, à caractère insolite, plus pénible que gênantes ou douloureuses : celles-ci sont décrites comme des "griffures", des serrements, ou au contraire des sensations de vide, de faiblesse dans les organes. Il est évident qu'au cours des entretiens successifs, son discours défie par son polymorphisme

extrême, tout espoir d'exposition logique et systématique.

Très souvent, Mlle G supplée à ses lacunes de langage par une communication gestuelle très riche, avec reproduction mimée des attitudes et des gestes antalgiques. Dans sa mimique domine alors l'expression anxieuse et grimaçante du visage.

Elle insiste beaucoup sur une sensation de vide au niveau de la taille, comme si "les organes ne suivaient pas les mouvements de son corps et se trouveraient descendus". "Le moindre poids, je la cite, lui donne une sensation de faiblesse dans toute la structure et particulièrement dans les jambes". Souvent elle se sent "coupée en deux", "morcelée en deux tronçons se comparant à une guêpe que l'on aurait coupé et dont les deux segments conservent quelques instants des mouvements autonomes".

D'autres fois, lorsque son ventre pend, elle a en elle une "sensation de piston" et se compare "à une bouteille à demi pleine que l'on remuerait en tous sens, ses organes ne suivant pas les mouvements". Ceci explique qu'elle soit inséparable de sa ceinture.

Lorsqu'il s'agit d'évoquer les affres de l'axe rachidien, la douleur se plurilocalise : intéressant soudainement la 3ème lombaire qui se débloque puis aussitôt après la 4ème et la 5ème cervicale, ce qui se répercute immédiatement dans toute la structure.

D'autres fois elle affirme qu'elle "a une colonne vertébrale en caoutchouc mousse", elle la sent et la vit comme telle, ce qui est une raison supplémentaire de ne jamais se délier de sa ceinture.

Ce faisceau de sensations anormales a abouti à,une certaine ritualisation de sa vie :
- pour prendre un objet par terre, elle ne se baisse jamais en avant, mais doit s'accroupir, le tronc raide.
- depuis longtemps elle a renoncé à prendre le métro, préférant adopter les transports en taxi, à condition qu'il s'agisse de voitures "à sa mesure", les Dauphine ou Simca lui sont insupportables, dans les Ds ou Id son tronc est trop incliné, elle ne supporte vraiment que les 404. Lorsque pour se rendre en province, elle doit prendre un train, elle supporte qu' un seul type de wagons; si par malchance, elle doit monter dans un autorail vétuste, ce qui lui est arrivé récèmment au cours d'une permission, elle ne peut absoluement pas rester assise et doit voyager sur la pointe des pieds sous peine de sentir ses yeux s'embuer, son rein flottant se retirer dans le sens inverse de la marche, son corps se disloquer, et les voyageurs s'inquiéter lorsqu'ils constatent les cernes verts qui se

creusent autour de ses yeux. Enfin, elle est parfois obligée de multiplier les efforts de crispation, de serrement, de tension du tronc, lorsque brutalement chez un commerçant, elle se sent "contrecarrée, chamboulée, dégradée, désorganisée" par sa colonne qui se démet.

Les autres élèments livrés par Mlle G pour appréhender sa personnalité, restent pauvres :

- elle n'a aucun centre d'intérêt autre que celui de son propre état pathologique,
- elle lit peu, aime les romans policiers (série noire) et quelques romans d'amour : parmi ceux-ci, un seul a été lu et relu plusieurs fois "Torrents", l'intrigue se rapproche des déboires sentimentaux qu'elle a connus à 20 ans, aussi aimerait-elle faire de ces pages son livre de chevet, (or, hélas, elle ne possède pas ce volume).
- elle rêve peu, préférant dit-elle, "révasser". Toutefois il lui arrive de faire des rêves qu'elle qualifie "à grand spectacle". Dernièrement, elle a rêvé qu'elle était capable de s'envoler, et effectivement elle planait au-dessus de son pays natal, revoyant tel ou tel lieu-dit ou village de son enfance ce qui lui procurait une satisfaction intense.
- enfin, Mlle G, catholique, est peu pratiquante. En 1964, elle a fait un voyage à Lourdes alors que ça allait si mal, mais depuis elle s'est posée des questions sur l'existence de Dieu car dit-elle "si Dieu existait, il ne permettrait pas que je souffre autant, alors que je ne l'ai pas mérité".

Pour terminer, nous insisterons sur le fait que l'examen somatique de Mlle G s'est avéré normal.

L'étude clinique de la statique rachidienne prouve l'existence d'un cou petit, massif, d'une "bosse de bison" dorsale haute, et d'une discrète scoliose dorso-lombaire avec lordose sacrée.

L'examen radiologique de l'axe rachidien signale une rectitude de l'axe cervical sagittal avec ébauche d'inversion de courbure et confirme également la scoliose discrète dorso-lombaire en S très allongé.

Il n'y a pas actuellement de modification de l'architecture osseuse : les espaces intervertébraux sont normaux à tous les étages.
La VS est à 3 à la première heure, ce qui exclut la possibilité d'un processus rhumatoïde évolutif.

L'examen neurologique est normal.

DISCUSSION

Nous pouvons envisager le diagnostic de personnalité hystérique. Certains élèments concourent en ce sens :

- la pauvreté remarquable des investissements d'un ordre général quelconque - son champ relationnel très restreint.

- l'érotisation des relations interpersonnelles: il semble à ce propos que le succès de certaines manipulations tenait en majeure partie à la personne même du manipulateur. (C'est ainsi que c'est la nuit même du départ de l'un d'eux en vacances, et ce fut le plus efficace, qu'elle sentit à nouveau la douleur aigue dans le ventre reparaître). En faveur de l'hystérie nous pouvons retenir également :

- la frigidité, la peur de la sexualité : "je suis immariable, a-t-elle dit, parce que je suis intouchable".

- la sur-consommation médicale, et les interventions chirurgicales successives au niveau de la sphère gynécologique.

- la topographie plus fonctionnelle qu'anatomique des troubles signalés et leurs irradiations aussi nombreuses que surprenantes.

- l'agencement romanesque de son enfance, de son adolescence, de ses amours.

- enfin, font également penser à l'hystérie, son langage hyperbolique (tout est épouvantable, atroce, intolérable), ainsi qu'un certain exhibitionnisme de la souffrance, une certaine politique de la maladie, en quête d'un bénéfice secondaire, de sollicitude, d'intérêt, de commisération.

Mais un second problème se pose chez notre malade.
Peut-on vraiment parler chez elle d'un "mensonge de corps". Certainement pas, à notre sens, et ceci pour plusieurs raisons :

- Mlle G est dysmorphique et l'on sait la fréquence des troubles de la statique, des lésions d'arthrose pour ce type de morphologie.

- Il existe sans nul doute des élèments organiques puisque les consultations médicales se sont succédées, les examens radiologiques se sont multipliés faisant état de bien des lésions, pas toujours concordantes d'ailleurs aux étapes successives : on lui a parlé de déminéralisation vertébrale, de productions arthrosiques "uncovertérbales", de "proliférations

ostéophytiques", on lui a fait plusieurs infiltrations lombaires, elle a lu elle-même, puisqu'elle les possède de nombreux CRo et CR radiologue. Souvenons-nous également que Mlle G n'envisageait absolument pas l'éventualité d'une origine rachidienne à ses maux lorsque a eu lieu la rencontre avec "l'Américain de passage à Paris". C'est lui qui le premier "d'un seul coup d'oeil" lui affirma que tout provenait d'une vertèbre lombaire "qui portait à faux" et qu'il était en son pouvoir de la guérir. Depuis lors la douleur s'est somatisée au niveau d'un axe précis mais non exclusif.

Son corps, initialement victime, s'est trouvé secondairement survalorisé par l'intérêt excessif qu'elle lui témoignait, mais aussi que les thérapeutes s'accordaient à trouver pathologique. Ces symptômes organiques constituaient "un moyen de capter l'intérêt et l'affection" d'autrui, et aussi de manoeuvrer vers une dépendance très affective et érotisée avec tel ou tel manipulateur.

A ce niveau se place, à notre avis, une certaine responsabilité des médecins successifs qui ont contribué à l'"organisation" de ce qui était initialement fonctionnel : nous sommes ici dans le domaine qui appartient en propre à la médecine psychosomatique, où la méconnaissance de la signification psychologique du symptôme somatique peut faciliter la survenue d'un tableau plus ou moins de maladie corporelle.

Mais en fait, chez Mlle G- les problèmes que posent ses rachialgies psychosomatiques semblent actuellement dépassés, et bien des élèments plaident en faveur d'une hypocondrie délirante et c'est ce diagnostic que nous serons amenés à retenir : nous sommes en présence d'une hypocondriaque qui a parcouru le cycle de nombreux spécialistes avant d'aboutir dans un service de psychiatrie où elle a sa place. Nous avons signalé déjà la nature très insolite (le mot est d'elle) des sensations anormales ressenties dans son corps par Mlle G, la persistance, la fixité mais aussi la turbulence des cénestopathies, les explications pathogéniques, les rationalisations pseudo-scientifiques qu'elle en donne, ainsi que son attitude introspective continuelle.

Mais surtout prévaut, à l'heure actuelle, le délire de transformation corporelle, exprimé dans des idées de métamorphose faisant apparaître en images particulièrement nettes et significatives, la transformation qu'elle vit dans sa morphologie, (elle est coupée en deux) dans ses organes (son rein se déplace, son ventre descend, elle le rentre avec les mains), dans sa structure : cette transformation pathologique, presque magique des

viscères ou de l'axe rachidien est finalement vécue comme une dépersonnalisation, une destructuration par changement de forme et morcellement du corps.

En Avril 1967, Mlle G a eu un examen psychométrique dont les données confirment le diagnostic envisagé."Des différents résultats obtenus par ce sujet de niveau intellectuel moyen (QI,106) se dégage un certain nombre de traits pathologiques dont l'allure déficitaire et régressive évoque une structure psychotique.

En effet, on constate d'une part un appauvrissement intellectuel que traduisent les difficultés d'intégration des données perceptives, le rétrécissement de la sphère des intérêts, les nombreuses stéréotypies de pensée et d'autre part, une coarctation importante de la personnalité, essentiellement caractérisée par l'absence de résonnance affective et émotionnelle, l'indigence des investissements et le repli narcissique dont témoignent les préoccupations exclusivement hypocondriaques.

Ce tableau, du fait du caractère particulièrement rigide et stéréotypé qu'il revêt, fait apparaître comme peu favorable le pronostic d'évolution".

Sur le plan thérapeutique, il a été entrepris dans le service des séances de rééducation ayant pour base une gymnastique globale non analytique, active, posturale, pour tenter une récupération du schéma corporel. Cette gymnastique se fait sans manipulation et nécessite une sollicitation personnelle constante. Cette tentative de rétablissement d'un vécu corporel valable a eu, lors du premier mois, un très bon effet mais des plaintes hypocondriaques sont réapparues.

Depuis sa sortie, Mlle G est suivie à nouveau très régulièrement par un médecin ostéopathe, ce qui lui a permis de reprendre une activité professionnelle d'ailleurs irrégulière, entrecoupée de rechutes douloureuses l'obligeant dans tous les cas à se précipiter chez ce médecin pour se faire "débloquer".

Le cas suivant est une observation que nous empruntons, pour la plus grande partie au Docteur J.C. BELLOT.

Mademoiselle A, 39 ans,
entre dans le service à la mi-Janvier 1970 après une hospitalisation en clinique psychiatrique où elle était traitée pour un syndrome depressif apparu après de nombreuses interventions chirurgicales.

Mlle A est née en 1930, l'ainée d'une famille de 4 enfants. Son père, à qui elle était très attachée, était Ingénieur. C'était dit-elle, un homme à l'aspect froid, équilibré, autoritaire mais juste et affectueux. Il est mort en 1968

Sa mère qu'elle apprëciemoins parce qu'elle la trouve trop centrée sur elle-même, elle dit "on l'abordait moins facilement". C'est d'ailleurs un gros souci pour la malade car elle ne pourra retourner en convalescence près de sa mère "où on ne la veut pas".

Les grands parents ont joué peu de rôle dans son existence.
En effet, Mlle A a été élevée par ses parents au grès des mutations successives du père. L'enfance est seulement marquée par la perte accidentelle d'un frère agé de 9 ans, alors qu'elle en avait 7 1/2. En fait, sa douleur semble avoir été moins profonde qu'elle ne le dit " J'ai participé à la souffrance du foyer.... Je ne suis pas hantée par l'idée de la mort".
A l'age de 15 ans, elle perd une soeur de 10 mois, (méningite?).

Sa scolarité est sans problème, elle est alors "gaie, heureuse de vivre, sans nuages". Sa soeur dit que son éducation a été janséniste, trop rigide, c'était le devoir qui comptait, elle ne pouvait pas s'exprimer librement et elle avait une tendance très accentuée aux scrupules de toutes sortes.

Elle passe son baccalauréat à 18 ans, obtient sa licence de Droit à 22ans. Elle aurait préféré faire des études médicales mais son père l'en a dissuadée. Elle mène alors la vie d'une jeune fille normale... aide à la maison, sort avec des amies, danse, dit même avoir une vie mondaine. Mais elle "cravache dur" au moment des examens.

Sa vie sentimentale et sexuelle est par contre à peu près nulle : elle n'avait "pas le temps" de s'attacher, et ses principes religieux lui interdisaient toute relation physique hors mariage.

Après ses 3 années de Droit, ne désirant pas s'engager dans la Magistrature, elle veut gagner sa vie, vient à Paris et fait un an d'ecole de

Secrétariat, habite d'abord dans un foyer d'étudiantes puis ensuite seule dans un appartement.

Devenue secrétaire, elle est d'une remarquable stabilité dans ses places et depuis 1958 occupe un poste de secrétaire de direction. Dans son travail on nous a dit qu'elle était très estimée. Sa profession est pour elle "la compensation de ne pas avoir créé de foyer". Elle a toujours été en bonnes relations quoique lointaines, avec le reste de la famille.

Sa soeur agée de 38 ans, infirmière, est actuellement religieuse. C'est elle qui nous donnera les renseignements biographiques de l'enfance, Mlle A parlera beaucoup plus de ses interventions. Elle serait la seule de la famille à qui Mlle A peut se confier.

Son frère, 32 ans, est ingénieur. Il est très renfermé et avait présenté des épisodes dépressifs.

Le dernier frère, 27 ans, est marié, médecin.

Telle est la biographie initiale de cette célibataire de 39 ans, qui vit seule, polarisant ses intérêts sur son seul travail, la musique et la couture. Scrupuleuse à l'excès, elle "croit avoir commis tous les pêchés du monde" dit sa soeur. Renfermée sur elle-même alors qu'elle dit aimer les contacts, sans autres relations sentimentales que très peu d'amis et parents, elle est actuellement peu satisfaite de voir ses possibilités d'investissements affectifs s'appauvrir... "On a bien des amis, mais on ne peut pas être toujours pendu à leurs basques".

En Octobre 1957, alors qu'elle n'a encore que 26 ans, un banal traitement dentaire va transformer le cours de son existence... Lors d'une résection apicale, se produit une effraction du sinus maxillaire suivie d'une infection suffisamment importante pour qu'en Décembre 1957 son Centre de Sécurité Sociale lui ordonne, lors d'une visite de contrôle, de cesser tous soins avec son médecin et de consulter un O.R.L. de son choix.

Ainsi débute pour la malade une longue odyssée chirurgicale dont le compte-rendu rédigé par elle-même est intitulé : "Précédents médicaux et chirurgicaux de Mlle A". Ce compte-rendu ne compte pas moins de 30 pages dactylographiées... C'est de ce compte-rendu que nous tirerons nos citations. Nous emploierons les lettres de l'alphabet pour reconnaitre les différents médecins et chirurgiens de Mlle A à mesure qu'ils apparaissent dans cette longue histoire chirurgicale.

La première intervention est une résection apicale de la première prémolaire supérieure gauche faite par le Docteur A ; dans les suites se développe un foyer inflammatoire du sinus gauche avec ostéite.

La 2ème intervention a lieu en Février 1958 : curettage du sinus maxillaire gauche et ablation du cornet moyen gauche, pratiquée par le Docteur B. Les suites opératoires sont simples, mais le Docteur B la prévient dès ce moment qu'elle aura de graves ennuis du côté droit dans les 2 ou 3 prochaines années.

Elle ne souffre plus jusqu'en Décembre 1959. Des douleurs de la région sous orbitaire droite l'amène à consulter le Docteur C, successeur du Docteur B décédé. Celui-ci porte le diagnostic de "kyste du sinus maxillaire droit qu'il opère en Janvier 1960.

Peu de jours après, elle écrit :
"Malgré l'intervention je continue néanmoins à souffrir, une infection "très épaisse persiste. Je consulte avec le Docteur C, Monsieur le Doc-"teur D qui me prend en main. Je suis en pleine sinusite maxillaire droite, "le cornet moyen est pris. Une intervention du type Lima semble s'imposer, " en effet maintes aspirations effectuées ramènent des mucosités purulentes "alors que les lavages pratiqués dans sinus maxillaire eux, ne ramènent "qu'un liquide propre... Avant toutes choses un traitement conservateur à "base d'antibiotiques est tenté ainsi qu'une désensibilisation. Malgré "tout l'infection persiste et à la fin de ce traitement elle est passée "dans le sinus maxillaire gauche déjà opéré (les lavages pratiqués du "côté gauche ramènent en effet un liquide infecté). L'opération est déci-"dée..."

Elle a lieu en Décembre 1961 et consiste
"en Caldwell Luc du sinus maxillaire gauche très encombré et brisure de "quelques etmoïdales gauches, opération de type Lima sur le côté droit "ainsi qu'une ponction des sinus frontaux qui reste blanche..."

Trois mois après l'intervention, elle écrit :

"Si la partie est définitivement gagnée du côté gauche, il reste un li-"quide épais du côté droit qui ne parvient à s'écouler qu'avec beaucoup "de peine par la voie nasale et me provoque de fortes douleurs retro-orbi-"taires, sous orbitaires..."

En Juillet 1962 une ponction du sinus frontal droit est pratiquée par le Docteur D, elle est blanche mais "l'infection" persiste et l'on retrouve à plusieurs reprises un staphylocoque non pathogène (dont on peut se

demander à postériori s'il était autre-chose-que saprophyte).

De la période qui va de Juillet 1962 à Juillet 1963, elle dit seulement : " l'infection n'allait pas".

En Mars 1963, cinquième intervention qui consiste :

"en opération de Lima du côté droit avec autogreffe de la cloison nasale "pour pallier une fosse nasale trop béante et une ponction des sinus fron- "taux toujours négative. Il reste quelques cellules ethmoïdales rétro- "orbitaires sur lesquelles l'O.R.L. n'a pas voulu intervenir par voie in- "terne, trop dangereuse..."

En Octobre 1963 on lui fait des injections d'auto-vaccins. A chaque pi- qure elle ressent :

" de très fortes douleurs orbitaires, sous orbitaires, retro-orbitaires, "frontales, suivies d'évacuations très infectieuses... Egalement, une "très forte douleur dans l'aine, côté droit, à tel point que je me trouve "paralysée dans la marche, jusqu'au jour où je ressens comme un violent "coup de poignard dans l'aine, m'arrêtant net... Une grosseur apparaît "alors... Dans l'impossibilité de me tenir, je me décide enfin à aller "trouver le Docteur E. Celui-ci constate l'existence d'une anse intesti- "nale ayant franchi le canal herniaire, tout en envisageant la possibilité "d'une ovarite douloureuse..."

En Mai 1964, le Docteur F l'opère et si le C.R.O. qu'il nous envoie est d'un laconisme chirurgical :

"Diagnostic : Hernie inguinale droite
Incision inguinale, il s'agit d'une hernie directe, cure radicale par trois points conjoints, Cooper au nylon".

la malade n'en décrit pas moins dans son journal des suites opératoires où les douleurs, les hématomes (qu'elle ponctionne elle-même), s'entre- mêlent.
Elle tente d'en parler au Docteur F.

"Je consulte à nouveau le Docteur F qui ne constatant rien d'anormal, me "prescrit un sédatif."

Au point de vue sinus :

"L'infection ne régresse pas, au contraire. On effectue une reprise très "légère du traitement de désensibilisation au staphylocoque par vaccins. "Je ressens à nouveau les douleurs caractéristiques dans l'aine".

Le Docteur F, encore consulté, constate : "L'existence d'une masse

annexielle, à point de départ ovarien probablement, qui n'existait pas lors de la consultation trois semaines auparavant... et conseille une exploration abdominale..."

Il n'est pas sans intérêt de reproduire le CRO du chirurgien :

"Diagnostic : kyste de l'ovaire droit.

Médiane sous ombilicale. Volumineux kyste de l'ovaire droit

Ablation.

Petit fibrome du fond utérin. Myomectomie.

Paroi en 3 plans"

et celui plus expressioniste de la malade :

"Volumineux kyste de la taille d'un pamplemousse à point de départ ovarien, "endométrose ovarienne hémorragique et kyste. Myome utérin de la taille "d'une noix. Rétroversion de l'utérus corrigée... "

Elle part ensuite en convalescence... Convalescence émaillée d'une crise de colibacillose enrayée, d'une récidive herniaire, elle se prépare pourtant à une :

"intervention à ciel ouvert sur ses sinus pour atteindre les dernières "cellules ethmoïdales inexplorées et déloger ainsi le staphylocoque caché"

Mais il importe d'abord :

"d'en terminer avec la récidive herniaire, et je suis remise par le Doc- "teur E entre les mains du Docteur G."

En effet, elle pardonne mal au Docteur F de lui avoir menti. Avant l'intervention, elle lui avait demandé si l'ovaire pourrait être conservé. Il lui avait répondu oui et a maintenu cette réponse après l'intervention. Elle n'a donc appris la vérité que plus tard et en a été bouleversée, car "on ne lui avait pas dit la vérité, cela représentait quelques chose pour "elle... du point de vue de la féminité."

Janvier 1965, Le Docteur G constate la présence d'une volumineuse récidive de hernie.

"Il ne s'explique cependant pas comme il est possible que je puisse souf- "frir autant pour une récidive.

"Il étudie alors la chose : du point de vue gynécologique

" du point de vue intestinal,

"radiographies pratiquées. Elles révèlent une périviscérite iléo-coecale "avec en outre, un point douloureux plus bas situé qui se superpose à la "fin de l'iléon, mais aussi à la région ovarienne droite. Un traitement

"d'ondes courtes est pratiqué. Résultats médiocres.
"Il n'agit pas sur la constipation que j'entretiens,
"Il ne calme pas les douleurs que je ressens, douleurs inguinales, lom-
"baires,
"Mais il atténue fortement le gonflement abdominal que j'éprouve.

"Devant la progression du volume de l'anse herniaire et dans l'impossibi-
"lité totale physique où je me trouve de tenir plus longuement (je me
"sens épuisée) Monsieur le Docteur G décide une intervention. Des ennuis
"vésicaux se font alors sentir.
"Je suis alors mise en face de mes responsabilités. Bien qu'anatomiquement
"nécessaire, il n'est pas dit que l'opération pratiquée mette fin à mes
"douleurs, c'est une chose souhaitable et possible, mais non certaine.

"Ce facteur d'incertitude est en effet lié ici, ainsi que le l'explique
"le Docteur G au fait des adhérences intestinales auxquelles il est bien
"décidé de ne pas toucher. Bien que le fait d'agir sur un terrain déjà
"opéré rend plus aléatoire les réussite totale de l'intervention, j'en
"acceptais les risques.
"Moralement, physiquement, nerveusement, je ne peux plus me "cramponner".
"Du point de vue physique je me nourissais et j'allais me coucher".

Avril 1965, huitième intervention pratiquée par le Docteur G.

"Les constatations opératoires confirment largement l'état douloureux
"dans lequel je me trouvais :
"- volumineuse hernie
"- corne de la vessie coincée à l'origine de mes troubles vésicaux.
"- logement rond trop coudé, nécessite de sectionner ce ligament et d'en
"retirer 3 cms.
"Il est alors permis d'espérer beaucoup de cette intervention, les adhé-
"rences n'étant plus à elles seules à l'origine de l'élèment douloureux.
"Je passe sur les réactions post-opératoires:
"- arrêt des fonctions urinaires par les voies naturelles (nécessitant
"un sondage de 2 à 3 jours).
"- crise de cystite ou de colibacillose
"- blocage rénal.

"- Sur le plan chirurgical, tout s'arrange et je suis heureuse de consta-
"ter l'heureuse issue de l'intervention pratiquée, de mois en mois je
"gagne sur l'élèment douloureux.

"- Sur le plan rénal, Monsieur le Docteur G me conseille d'aller voir
" Monsieur le Docteur H.

"- Je profite de cette consultation pour lui signaler que depuis Octobre "1954, c'est-à-dire depuis 7 mois avant ma seconde opération de hernie, "je souffre, dans la région sous-costale droite, de douleurs d'abord in- "termittentes, puis au fur et à mesure des mois, beaucoup plus fortes et "beaucoup plus fréquentes, se prolongeant dans le dos et irradiant dans "l'omoplate.

"Faut-il rapprocher ces phénomènes douloureux de cette douleur dorsale "beaucoup plus légère, déjà ressentie, que je signalais au moment de la "mise en route de mon autovaccin, mais qui pratiquement, ne me lâche pas "et va s'accentuant ?

"J'ai le tort de n'en parler à personne, même pas à Monsieur le Docteur G "que je consulte, pour la bonne raison que je crains de passer pour une "imaginative... que sais-je... une malade mentale... j'ai déjà tant d'en- "nuis.

"Je ne m'en soucie pas et je pense que les choses s'arrangeront d'elles- "mêmes une fois ma hernie remise en place. Il n'en est rien. C'est alors "que je pose la question à Monsieur le Docteur H. Celui-ci me prescrit "une radiographie de la vésicule biliaire..."

La suite est décrite par la malade dans un chapitre qu'elle intitule "Complication vésiculaire".
A un traitement dont le principe le plus actif est le Sorbitol , elle réagit par des "accidents circulatoires - formation d'hématomes ou ec- chymoses" sur la joue, puis sur les bras...

Elle signale également : "un gonflement subit d'une veine, sur le dessus "de la jambe, me provoquant comme un genre de varice à un point tel que "je suis obligée de rester allongée une journée."

Elle continue stoïquement son traitement, mais la pathologie s'enrichit encore de multiples signes :

"Livrée à moi-même, je mène mon traitement à terme."

Les crises vésiculaires, cependant, vont s'accentuant et se multiplient. Elles s'accompagnent de réactions secondaires :
- oppression, cardiaque ou pseudo-cardiaque !
- nausées
- intolérance de plus en plus marquée aux graisses
- forts maux de tête (lourdeur et pesanteur)

Devant cet ensemble de réactions,Le Docteur I estime qu'il s'agit de

crises vésiculaires typiques.

"A l'auscultation cependant, il ne voit rien de très net et modifie mon "traitement".

C'est alors qu'elle décide, en Janvier 1966, de consulter le Professeur J, spécialiste des maladies hépatiques.

"Celui-ci me reprend en main, m'envoie faire une cure à Chatel-Guyon, à la suite de laquelle et des traitements prescrits, je note une amélioration vésiculaire..."

La vésicule calmée, les sinus se réveillent.

En Novembre 1966 on l'hospitalise en ORL à l'hopital où l'on pratique un bilan ORL complet afin de décider s'il est nécessaire d'intervenir par voie haute cu si la poursuite du traitement médical peut suffire. Lors de cette hospitalisation les divers examens sanguins ne montrent pas de signes d'infection profonde et les examens radiologiques sont normaux en dehors de tomographies des sinus où l'on peut voir "un flou du sinus frontal droit". L'examen oculaire est normal ainsi que l'EEG.

A cette date le Docteur G l'adresse également dans un service d'endocrinologie dans l'espoir que beaucoup de ses troubles relèvent d'un déséquilibre endocrinien. Il lui est répondu qu'on ne trouvait absolument rien d'anormal sur ce point.

Conclusion

"L'acte opératoire semble s'imposer. Mais avant de prendre une décision "quelconque, comme nous en avions convenus, il y a plusieurs mois, je "demande à Monsieur le Docteur G de donner suite au projet que nous avions "formé de faire appel à un consultant, le nom du Docteur K est avancé par "Monsieur le Docteur G. Le Docteur L alors même qu'il doute lui aussi de "l'existence d'une lésion sinusienne conseille d'aller voir".

La réponse est en effet en faveur de l'intervention, malgré les multiples interventions déjà subies. On pense qu'il est difficile de ne pas conseiller contre les céphalées, l'expectoration de glaires mucopurulentes dans lesquelles on a retrouvé régulièrement du staphylocoque et enfin contre l'état de fatigue et le fébricule habituel, une intervention sur les cavités naso-sinusiennes droites". Et la lettre du Docteur K se termine par : " A l'examen, si je n'ai rien trouvé dans le cavum ni dans les fosses nasales, si les sinus maxillaires et frontaux s'éclairent bien au point qu'on pourrait dire qu'il n'y a rien, signes qui sont discordants

avec l'examen radiologique et tomographique, j'ai tout de même remarqué la présence sur le cornet moyen droit, d'une muqueuse légèrement oedématiée et un peu suintante, ceci me confirme dans l'idée qu'il pourrait exister quelque chose dans le sinus frontal comme dans les cellules ethmoïdales antérieures ?

Mlle A supportant très mal les antibiotiques et préférant une solution directe à un traitement médical dont les résultats paraissent à priori devoir être douteux (car elle a déjà une longue expérience des traitements médicaux) je pense également, comme vous, qu'il serait bon d'ouvrir le sinus frontal, de faire une ethmoïdectomie complète et de terminer par une exclusion du sinus frontal."

Mars 1967, neuvième intervention pratiquée par le Docteur G à l'Hopital.

Nature de l'intervention :
- exclusion du sinus frontal droit
- décollement périostique du plafond de l'orbite et de la paroi interne
- comblement du sinus par du tissu adipeux et prise d'aponévrose dans la fosse inguinale droite, hélas déjà fragilisée par une hernie opérée et réopérée.

"Au lendemain de l'intervention, Monsieur le Docteur G me dit comme il "avait été surpris, en ouvrant,le sinus frontal, de trouver une muqueuse "malade, congestionnée, rétractée, atrophiée et infectée.

" Réactions post-opératoires

"-Du point de vue sinus : volumineux oedème palpébral se dédoublant d'un " norme hématome, je me trouve dans l'impossibilité totale d'ouvrir l'oeil "et suis immobilisée de ce fait trois semaines à l'hopital.

"-du point de vue oculaire : trois semaines après régression de l'oedème "palpébral droit, j'accuse une diplopie verticale.

"- du point de vue abdominal : j'ai quelque inquiétude sur ma paroi abdo- "minale et j'ai l'impression qu'une déchirure se produit. Je n'en parle à " personne, peut-être à tort, j'ai déjà tant d'ennuis...

"C'est alors que je regagne mon domicile pour être de nouveau hospitalisée "à peine quelques jours après ma sortie de l'hopital, ayant une poussée "inflammatoire au niveau du sinus opéré."

Diplopique, Mlle A précise ses troubles :

"Je voyais double et décalé. J'étais seule à m'en rendre compte et peut-

être le médecin qui me suivait, mais objectivement on ne le voyait pas.."

Un premier ophtalmologiste consulté, le Docteur L.

"Etonné de cette surprenante parésie hétérolatérale du droit supérieur "gauche et de la contradiction apparente entre son examen et celui pra- "tiqué à l'hopital, Monsieur le Docteur L m'adresse pour une consultation "oculo-motrice au Docteur M...."

qui attribue la diplopie à une limitation d'élévation de l'oeil droit, et la prépare à l'idée d'une intervention.

- Entre temps, la hernie a récidivé.

- En Décembre 1967, dixième intervention, le Docteur G et he Docteur M réinterviennent ensemble. L'un au niveau des yeux tandis que l'autre opére l'abdomen...

Les suites opératoires sont heureuses aussi bien du côté de la diplopie qui disparait rapidement après quelques séances de rééducation, que de la hernie dont la cure a été radicale.

- La malade n'est plus ensuite préoccupée que par ses infections sinu- siennes... sauf à un bref moment où fatiguée, la diplopie réapparait...

"En Avril 1968, devant la persistance de ces manifestations inflammatoires "Monsieur le Docteur D estime que ces signes donnent à penser qu'il "existe encore quelque part un foyer résiduel frontal ou ethmoïdal (an- térieur ou postérieur."

On explore alors les sinus.

"Il demande alors un examen radiographique et tomographique de mes sinus, "et il entreprend un traitement de désensibilisation microbienne par CCB.
"A la deuxième piqure, je suis réveillée en pleine nuit (8 heures à peu "près après l'injection) par un violent coup de poignard dans le sein "gauche, me causant une violente douleur, m'irradiant sous le bras, dans "le bras et jusque dans la main, et me tenant éveillée.
"Le lendemain, je perçois au toucher, une grosseur.
"Quelques douleurs ovariennes (il me semble) côté gauche, se font égale- "ment sentir, mais finissent par s'atténuer et disparaitre.
"Je note, à ce moment là, de fortes douleurs au niveau de mon sinus malade "suivies d'évacuation très infectieuse.
"Les choses ne semblant pas s'améliorer d'un côté comme de l'autre, je me "décide au bout de huit jours, à appeler Monsieur le Docteur D, il est "absent. Je tente alors de demander conseil à Monsieur le Docteur G, il

"n'est pas là non plus, c'est la période des vacances."

En Mai 1968, le Docteur G enfin consulté, constate l'existence d'un nodule au sein gauche... d'origine probablement mastosique... Diagnostic qu'une intervention pratiquée en Juin, confirmera.

Les poussées infectieuses épisodiques du sinus, accompagnées maintenant à chaque poussée, d'une perte de la convergence, se continuent.

"Néanmoins, pour des raisons familiales (décès de mon Père) j'abandonne, "dit-elle, tout soin de Novembre 1968 à Janvier 1969."

Mais comme elle continue à souffrir, le Docteur D pratique en Avril 1969 la 12ème intervention, une exclusion du sinus frontal droit et considère lui-même maintenant "l'histoire sinusienne comme terminée"..

L'histoire chirurgicale de Mlle A s'arrête là : " le chirurgien n'a rien promis, mais enfin ça va bien", et dans le service nous ne l'entendons jamais se plaindre de tels phénomènes, sinon pour signaler son allergie :

- aux barbituriques
- aux produits du tableau C
- aux produits ayant le radical ethyl, methyl, propyl...
- aux A B et aux sulfamides.

Ce très long rapport des interventions de Mlle A provient d'un cahier qu'elle a écrit avec une précision étonnante des dates, médicaments, médecins et réactions multiples qu'elle a eu depuis la première intervention en 1957 jusqu'à celle de 1969. Aucun des faits rapportés ne parait inventé, et toutes les interventions ont été corroborées par les lettres des médecins.

Nous avions noté au cours de la biographie de Mlle A, sa bonne adaptation professionnelle et le fait qu'elle était très estimée par ses employeurs en soulevant quand même le problème des arrêts de travail, toujours liés jusqu'à son hospitalisation à la Clinique psychiatrique, à ses interventions successives. Si l'on dénombre les interruptions depuis Février 1958 jusqu'en Octobre 1969, on arrive à un chiffre élevé de deux ans et huit mois d'arrêt de travail.

Ainsi au dialogue avec le chirurgien se substitue l'entretien psychiatrique....

A la fin d'Avril 1969 apparaît un syndrome dépressif à composante somatique importante ; la dépression est modérée, la fatigue physique est intense, douloureuse, la malade est incapable de travailler sans se coucher trois secondes après... Cette fatigue est à la fois générale et "locale" au niveau des sinus...

La malade lasse moralement et physiquement, semble néanmoins mener une vie normale. Elle est en arrêt de travail et entretient son studio. Elle attribue son état :

- aux multiples interventions subies... "après mon opération j'étais très fatiguée, très amaigrie, plus encore qu'après toutes les autres..."

- mais surtout elle reconnait "qu'elle se sentait seule, manquant d'affection... pas plus que les autres fois, mais cette fois elle en a eu assez..." Elle ajoute : " On a besoin des autres".

Cet état dépressif évolue d'abord favorablement... Elle part se reposer trois semaines chez sa mère où elle a une activité normale, bien qu'elle se sente t ujours aussi fatiguée et qu'elle ait de la peine à s'endormir. Elle conserve encore bon espoir... "J'évitais de pleurer et j'espérai, comme le médecin me l'avait dit, que le repos et le temps arrangeraient les choses..."

Après quelques jours à Paris, elle va passer un mois dans une maison de repos. Le climat ne lui convient pas, son état s'aggrave.

Son chirurgien à nouveau consulté, l'envoie un mois et demi à la montagne... Elle lit, tricote, se promène, mais les choses vont de plus en plus mal malgré le Neuleptil et les hypnotiques prescrits par un médecin de Besançon...

A la mi-Octobre, son séjour terminé, elle revient à Paris et va consulter le Docteur N.

" Avec toutes les tuiles que j'ai eues, je trouvais que je ne récu-
"pérais pas assez vite et mon moral en souffrait... Je me sentais
"très vulnérable et je sentais que je pouvais craquer à tous mo-
"ments... Quand on a subi de nombreuses opérations on subit de nom-
"breux chocs affectifs, on devient plus vulnérable..."

Les médicaments antidépresseurs prescrits agissent mal :

"Pendant le traitement, je me sentais très fatiguée, après chaque
"effort j'éprouvais le besoin de me coucher, ceci était probablement

"dû aux médicaments qui faisaient baisser ma tension."

Début Décembre 1970, on l'hospitalise en clinique psychiatrique. La dépression reste modérée mais sont apparues des idées de suicide, d'autodépréciation, l'asthénie est intense.

" Je n'avais plus de courage, plus d'espoir dans l'avenir, je pleu-
"rais souvent,j'ai l'impression de ne pas avoir réussi ma vie et que
"je n'arriverais pas à surmonter tout ça..."

Le traitement, durant les cinq semaines de cette hospitalisation, associe à trente perfusions d'Anafranil, Laroxyl, Tranxène, Théralène, Mogadon. Il fait peu à peu régresser la dépression...

Mais à la veille de sa sortie de clinique... Elle est d'abord anxieuse, puis légèrement subexcitée, avant de présenter toutes les manifestations d'un épisode délirant hallucinatoire. Elle entend d'abord des voix inconnues :
" J'avais l'intention de ne prendre que les médicaments que le
"Docteur N me donnerait car j'avais l'impression que les infir-
mières changeaient mes médicaments".

Cette idée est d'abord rationnalisée, de nombreux médecins la voyaient à la Clinique et ne la connaissant pas aussi bien que le Docteur N, auraient pu lui modifier son traitement, mais dans la soirée la malade va se sentir devinée, espionnée, l'automatisme mental s'enrichit...

" Le soir je n'ai pris qu'une partie de mes médicaments car j'ai cru
"que l'on voulait m'empoisonner. Je ne voulais pas boire l'eau miné-
"rale que l'on me donnait car j'ai cru qu'elle était empoisonnée.
"J'avais l'impression que l'on devinait tout ce que je faisais, tout
"ce que je pensais, on parlait de moi... J'entendais des voix qui
"me reprochaient d'avoir caché aux médecins la moitié de mes opéra-
"tions. Ces voix me reprochaient de ne pas avoir tout dit au méde-
"cin. Elles se méprenaient sur le caractère de mes opérations, sur-
"tout de l'ovaire... Je n'avais pas parlé de mon histoire de trompe;
"les voix disaient que je n'avais plus d'hymen - d'ailleurs ce n'est
"pas vrai, on m'a dit que j'avais un hymen très perméable à cause de
"mes opérations, mais je n'ai rien à me reprocher."

Au milieu de la nuit des hallucinations visuelles richement colorées apparaissent...

" Je voyais plein de petits lapins dorés autour de moi, sur ma table
" de nuit, j'essayais de saisir par la main pour savoir s'ils corres-
pondaient à ce que je voyais. J'avais l'impression d'être enrobée de
"filaments qui changeaient la couleur de mes vêtements, les filaments
"étaient rouges, verts... J'avais l'impression d'avoir les membres ge-
"lées... d'avoir des fourmis dans la tête, dans les mains..."

Cet onirisme l'angoisse peu, au contraire des multiples manifestations somatiques qui semblent l'avoir accompagné : tachycardie, sueurs..

"La nuit j'ai cru que j'allais mourir car mon coeur avait des batte-
"ments irréguliers que je n'avais pas l'habitude d'entendre. Je trans-
"pirais beaucoup, j'avais l'impression de me déshydrater, de manquer
"d'air, je suffoquais, j'avais l'impression de ne plus pouvoir res-
"pirer..."

Deux jours après son hospitalisation dans le Service, la malade commente ainsi ses troubles :

"Les troubles ont dû être provoqués par les médicaments que je pre-
"nais. Leurs actions se contrebalançaient. J'ai pris les uns sans
"les autres. Le traitement était peut-être trop fort, je ne l'ai pas
"supporté. Au fond je ne sais pas à quoi tout cela est dû, y a-t-il
"une cause morale ou constitutionnelle ?"

Ces phénomènes d'automatisme mental durerent jusqu'au lendemain matin et seront accompagnés d'insomnie, et d'une note anxieuse car, dit-elle :
"Physiquement ça n'allait pas. Je ne voulais pas appeler l'infirmière
"de garde car je ne voulais déranger personne et j'étais inquiète des
"médicaments que l'on aurait pu me donner."

La malade nous sera adressée le jeudi au début de l'après-midi.

A son arrivée dans le Service, les hallucinations visuelles ont disparu, mais les hallucinations auditives persistent quelques heures :

" J'entendais des voix qui me disaient de choisir entre deux médica-
"ments : Imménoctal ou Binoctal.
"Depuis que je suis ici, je me sens rassurée car je n'ai plus d'hal-
"lucinations. Lorsque je suis arrivée ici je me suis demandée si ce
"n'était pas le début de la folie. Le point de départ de tout cela

"c'est ma fatigue physique. Je me demande pourquoi mes hallucinations "sont apparues le dernier jour." La malade ajoute : "Je n'ai rien fait "de mal... on m'a enlevé mon ovaire... Je suis coupable d'avoir causé "cette dépression. Si j'avais eu plus de courage je n'aurais pas fait "ça... Ma famille en a assez fait pour moi, je veux réparer cette faute "que j'ai faite en simulant la dépression..."

Notons pour terminer que la conscience de cette malade n'a été altérée à aucun moment...

Dans le Service, Mlle A, âgée de 39 ans, a l'aspect d'une personne de dix ans plus âgée, négligée, non coiffée ; son visage au nez fort, aux yeux cernés de bistre, avec une légère pilosité faciale exprime davantage une passivité douloureuse qu'une véritable dépression... Son front est marqué par les cicatrices de ses interventions et elle présente un léger strabisme divergent. Son corps semble amaigri (51 Kgs) elle marche lentement, et au début de son hospitalisation, on a pu noter quelques phénomènes astasiques...

L'examen somatique ne retrouve pas d'anomalies majeures, aux cicatrices chirurgicales près. Parmi les examens complémentaires, l'E.E.G. : "tracé anormal en raison d'une sensibilité à la SLI qui peut être dû à la médication actuelle.

Le contact avec Mlle A est facile mais limité ; elle est avare de détails, plus d'ailleurs sur son existence où rien ne parait avoir été investi que sur ses interventions dont le récit même - qu'elle en fait - manque de lien, de précision. Elle est intelligente (Q.I. = 117), probablement cultivée.

Traitée par Tranxène (trois) - Nozinan (50mg) - Dogmatil (3 ampoules) - Mogadon (un) -, actuellement la dépression est modérée ; d'ailleurs d'intensité variable avec les jours... et les médecins, elle paraît plutôt dépendante avec une légère note d'angoisse ; l'inhibition, l'appauvrissement des sentiments ne sont en fait manifestement qu'une façade derrière laquelle se cache une importante quête affective. Elle craint toujours de déranger les médecins et les infirmières et semble fuir en fait la relation qu'elle désire.

Il n'existe plus depuis son entrée aucun élèment délirant, aucune bizarrerie de comportement... aucun phénomène dissociatif.

Ainsi devant cet épisode dépressif :

- on élimine aisèment la mélancolie

- les troubles dépassent la simple dépression réactionnelle...

- chez cette malade où les troubles psychologiques s'expriment avec autant de force par l'intermédiaire du corps, il serait bien difficile de ne pas évoquer l'hystérie.

Mais, chez elle, immaturité et régression affective sont au maximum, de même que l'inconsistance de la personne, la facticité des affects, la froideur des relations affectives et la peur, la répugnance de l'acte sexuel.

Ainsi peut s'expliquer l'apparente dissociation de la clinique avec les tests de personnalité où l'on retrouve peu d'élèments hystériques, mais un tableau quasi psychotique avec une composante interprétative et d'introversion et au Rorschach une appréhension bizarre de la réalité. En voici un compte rendu :

" Le niveau intellectuel sur le plan verbal est supérieur à la moyenne (QI=117). L'ensemble des résultats ne parait pas correspondre seulement à une personnalité hystérique. En effet, s'il existe des préoccupations hypochondriaques et des traits de labilité affective, ces manifestations s'inscrivent dans un tableau d'allure psychotique où l'on remarque essentiellement : des aspects régressifs, des bizarreries de pensée témoignant d'une appréhension autistique de la réalité, des élèments d'angoisse profonde et des troubles du jugement liés à des tendances interprétatives. Il subsiste en outre une légère composante dépressive."

Mais on sait aussi que de tels protocoles ne sont pas rares chez les hystériques polyopérées. C'est dans ce contexte que l'on doit discuter les avatars chirurgicaux qui frappent :

- par leur nombre, mais aussi bien

- par l'allure peu organique des troubles allégués; le début théâtral des affections; une douleur en coup de poignard suit une piqure et annonce la hernie; le kyste du sein apparaît la nuit... Les symptomes mêmes sont rationalisés de façon caricaturale ; elle n'a pas de douleurs, d'écoulements, elle ne voit pas double, mais l'infection n'allait pas ; elle lutte contre un staphylocoque pathogène ; "la progression d'une anse intestinale", "des modifications au Lancaster".

- Si la vie sexuelle est pauvre, une thématique érotique

baigne ces interventions dont une bonne partie a lieu sur les organes génitaux - mieux même, elle quitte le Docteur F qui l'ayant ovariectomisée l'a "blessée dans sa féminité". C'est donc par le biais de ses organes investis de façon aussi particulière qu'elle atteint une union toute phantasmée avec les chirurgiens qui "successivement la reprennent en main..." Le lien établi, elle sait aussi bien les étonner : "il ne s'explique cependant pas comment il est possible que je puisse souffrir autant pour une récidive" - s'opposer devant elle pour un diagnostic : "on m'ordonne de cesser tous soins avec le Docteur...". Mieux même, elle participe à la décision chirurgicale. "Je suis mise en face de mes responsabilités" qui d'elle ou de l'opérateur parle lorsqu'elle dit : "On a décidé d'intervenir..." L'union sado-masochique est à son comble lorsque deux opérateurs s'unissent pour opérer ensemble les yeux et la hernie. La cure est radicale... Par contre il n'est pas inintéressant de noter que les phénomènes psychologiques apparaissent lorsque le Docteur D lui déclare que pour lui l'affaire sinusienne est terminée.

La détermination masochique de Mlle A est d'ailleurs si intense que quels que soient leurs scrupules et leurs doutes, les chirurgiens ne peuvent qu'obtempérer...

Citons également la lettre du collègue du Docteur M, co-auteur de la 10ème intervention : "L'appétit chirurgical de Mlle A ne fait aucun doute, néanmoins elle présentait une diplopie verticale authentique qu'il était évident qu'elle ne surmonterait pas sans chirurgie... J'ai pratiqué en Décembre une intervention portant sur les droits, en profitant de la même anesthésie générale pendant laquelle le Docteur G portait remède à une éventration abdominale..."

Peut-être peut-on dire aussi qu'elle semble choisir son public... Elle quitte rapidement le Docteur F qui s'inquiète peu de ses troubles et lui prescrit un sédatif... Il est de ceux dont les interventions se compliquent chez cette malade...

Tel n'est pas le cas du Docteur D qui lui prête une oreille plus complaisante et qui écrit : " Le comportement de cette malade ne laisse pas d'être curieux. Sans affirmer qu'elle ait une certaine prédilection pour les chirurgiens, il est à noter qu'elle pousse volontiers à l'intervention. Décrivant des symptomes assez logiques pour faire craindre l'existence de quelque foyer suppuratif, elle a mis souvent le doute dans mon esprit. Les douleurs, la fièvre, les

éliminations purulentes se produisaient toujours deux à trois jours avant la date de l'examen qui ne révélait à peu près rien... Pour chaque intervention j'ai temporisé au maximum et je pense sincèrement avoir été parfois, comme malgré moi, entrainé à ré-intervenir sur des foyers dont les lésions étaient loin d'être évidentes..."
La lettre qu'il nous adresse se termine par :

"L'état local est actuellement parfait et à part une petite dépression frontale inesthétique qui pourrait nécessiter une retouche plastique. Je considère pour ma part que l'histoire sinusienne doit être tenue pour terminée, j'espère ne pas me tromper, mais j'avoue que devant cette malade j'ai eu souvent l'impression désagréable de douter de moi-même.

J'aimerais beaucoup avoir votre opinion sur cette pauvre fille, très à plaindre certainement et que je serais heureux de voir rétablie dans tous les domaines. Merci d'avance...
P.S. : Serait-il souhaitable que je passe la voir ?"

Les douleurs physiques et la vie semi-invalide sont bien peu auprès de la prise en charge par une figure paternelle aussi puissamment investie...

Si l'appétit chirurgical est classique parmi les hystériques la voracité de Mlle A fait évoquer chez elle le comportement de ces malades que la littérature anglo-saxonne dénomme "peregrinating problem patients" - "hopital hoboes" qui vagabondent d'hôpitaux en hôpitaux exhibant une symptomatologie caméléonesque suffisamment adaptée pour qu'elle entraine des hospitalisations successives.

Une symptomatologie uniquement chirurgicale aussi intelligente, bien différente du fracas des grands tableaux de conversion habituelle, chez une malade à personnalité immature, assez effacée, parfois puérile, comme l'est Mlle A, oblige également à rapprocher encore son histoire du syndrome de "L'Asthénie de Ferjols", cette héroïne de Barbey d'Aurevilly qui, obéissante comme l'est aussi Mlle A, s'était soumise aux décisions d'une mère despote et dont le masochisme plus structuré avait choisi pour se satisfaire les spoliations sanguines volontaires... Il n'est pas interdit de penser que Mlle A n'a pas toujours limité ses interventions au niveau de ses hernies si volontiers récidivantes,à débrider des hématomes...

Après avoir ainsi pendant des années falsifié ses rapports avec les chirurgiens, Mlle A est venue plus récemment exprimer ses troubles par l'intermédiaire de la séméiologie psychiatrique.

Rattacher sa dépression à des mécanismes de conversion semble aisé.

Le problème de l'épisode aigu 24 heures avant son entrée dans le service, pourrait faire évoquer une psychose hystérique dont on sait que cette brusque bouffée psychotique survient " sur une personnalité antérieurement névrotique mais mal structurée, sans consistance, avec une angoisse sous-jacente et diffuse", mais cette bouffée délirante de survenue brutale et d'extinction rapide, était apparue à la suite d'un traitement important anti-dépresseur par voie intraveineuse.

Le diagnostic posé pour Mlle A fut celui d'une personnalité pathologique à dominante schizoïde avec traits interprétatifs où l'on remarque la pauvreté des intérets et des investissements autres que ceux centrés sur son corps et la répétition de cette demande pathologique au niveau des interventions succéssives.

L'évolution dans le service se fait progressivement vers l'installation d'une thymie sensiblement normale, sans manifestation hypochondriaque, la malade reste passive, c'est la personne effacée qui fait dire d'elle "qu'elle est sans histoire".

Elle sort le 12 Mars 1970 du Service.

Mademoiselle B, aide soignante, agée de 30 ans, est entrée dans le Service en Mai 1965, pour des pertes de connaissance.

L'histoire de cette malade est difficile à exposer clairement pour deux raisons :

- d'une part, depuis l'âge de 14 ans elle a souffert d'affections diverses et multiples, ayant entrainé d'innombrables examens complémentaires et deux interventions abdominales. Elle a été hospitalisée 19 fois depuis 1961, dans des services divers, et - ce qui est compréhensible - elle mélange parfois les évènements survenus pendant ces séjours hospitaliers.

- d'autre part, pour des raisons que nous expliquerons, elle a présenté différentes versions de ses troubles.

Dans ces conditions nous n'avons pu reconstituer qu'assez approximativement son histoire et il persiste probablement des erreurs chronologiques ou des imprécisions.

Nous exposerons successivement :

- la biographie
- les antécédents familiaux
- l'histoire de la maladie actuelle qui est intriquée avec
- les antécédents personnels
- l'examen de la malade
- la discussion diagnostique

BIOGRAPHIE

Mlle B est née en 1935, dans un milieu familial perturbé par l'alcoolisme de son père et la tuberculose de sa mère. Elle est la deuxième de 4 enfants.

Elle vit avec ses parents jusqu'à l'âge de 14 ans. Elle va en classe jusqu'à 13 ans, à ce moment ses parents lui font cesser ses études alors qu'elle n'a pas encore obtenu son CEP.

En classe, elle travaillait mal car elle "ne retenait pas" dit-elle. Elle était turbulente et faisait le pitre, s'entendant cependant assez bien avec ses camarades et ses professeurs. Cependant il faut

noter qu'elle aimait donner un coup à ses camarades en cachette ou leur cacher leur serviette. Elle n'avait pas de victime préférée. A la maison, elle n'était pas très heureuse, car son père éthylique criait beaucoup et se disputait avec sa mère sans qu'il y ait de violences pourtant.

De plus sa mère a été obligée de faire différents séjours en sanatorium et les enfants étaient alors dispersés.

Dès l'âge de 1 an, Mlle B allait chez son oncle, frère de sa mère, alors que les deux autres soeurs restaient au foyer ou allaient chez la grand mère.

A 13 ans surviennent les premières règles : n'en ayant pas été avertie elle cache cela plusieurs jours à sa mère. Ultérieurement son initiation sexuelle sera faite par des conversations avec des camarades. LEs règles sont régulières et indolores. Elles sont peu abondantes depuis sa gastrectomie.

A 13 ans, elle commence à travailler dans une usine de fabrication de colliers.

A 14 ans, apparaissent des troubles que nous décrirons plus loin. A la suite, elle part habiter définitivement chez sa tante et entre dans une imprimerie comme vernisseuse de cartes portales. Elle y reste jusqu'à 21 ans (1957).

ANTECEDENTS FAMILIAUX

- Père, âgé de 53 ans, menuisier ébèniste, alcoolique chronique ayant fait un delirium en 1964.

Il est bruyant, impatient, impulsif et a des colères courtes et violentes pendant lesquelles il casse des objets. Il s'agit de colères survenant en dehors de l'ivresse.

Dans la famille paternelle il faut noter :
- la grand mère asthmatique depuis l'âge de 18 ans.
- un oncle éthylique qui s'est suicidé à 50 ans sans motif connu.
- Un cousin, fils du précédent, très colèreux et se battant dans les cafés.

- Mère, agée de 56 ans.

Elle est décrite comme une femme gentille, de caractère facile et

constitue le support familial essentiel.

Dans son enfance elle aurait eu des malaises avec pertes de connaissance attribués à une affection cardiaque.

A 22 ans, tuberculose pulmonaire qui a entrainé plusieurs séjours en sanatorium. La malade a toujours connu sa mère fatiguée.

Dans la famille maternelle on retrouve : un cousin de 12 ans ayant des crises épileptiques depuis l'âge de 9 ans. Cet enfant avait eu une paralysie faciale à la naissance et était très nerveux.

Il faut décrire ici l'oncle et la tante qui se sont occupés d'elle depuis l'âge de 14 ans, et la considèrent comme leur fille. L'oncle est ambulancier, il est gentil mais s'emporte facilement. La tante est douce, mais crie souvent. Ils ont chez eux un garçon de 17 ans avec lequel la malade s'entend très bien.

- la fratrie :

- Une soeur plus âgée de 4 ans avec laquelle la malade s'entendait mal pendant son enfance.

- Une soeur de 10 ans plus jeune dont elle aimait s'occuper. Ces deux soeurs sont mariées.

- Un frère de 17 ans plus jeune, assez turbulent, né lorsque la malade avait déjà quitté les parents, placé en nourrice lorsque la mère était en sanatorium.

ANTECEDENTS PERSONNELS ET HISTOIRE DE LA MALADIE

- La naissance est normale et Mlle B ne présente que des maladies infantiles banales.

- A 12 ans, elle aurait eu une scoliose traitée par gymnastique.

- A 13 ans, elle est opérée d'une appendicectomie, puis d'une amygdalectomie.

- A 14 ans, elle se plaint de divers symptomes : asthénie, vertiges, étourdissements, palpitations, dyspnée d'effort, céphalée matinale. Elle se sent anxieuse. On aurait alors trouvé un souffle systolique transitoire, il n'y a eu ni angine, ni arthralgies. On a éliminé un RAA.

Elle reste couchée un mois. On attribue les troubles à la mésentente familiale. A ce moment elle quitte ses parents pour aller habiter

chez son oncle et changer d'emploi. En fait, sous narcose, elle explique qu'elle était très impressionnée par sa mère qui avait alors des syncopes d'origine cardiaque et une dyspnée importante.

C'est aussi à 14 ans que des soins dentaires sont entrepris qui comporteront des plombages multiples car ceux-ci ne tenaient pas.

- A 16 ans, elle a une émotion (peur que son oncle tombe dans l'eau). Elle crie, puis a une crise de larmes sans autres manifestations somatiques.

- A 17 ans, malaises survenant pendant son travail, caractérisés par des céphalées, étourdissements avec vision floue et palpitations. Les malaises duraient trente minutes. Pendant ces épisodes elle se sent "comme si elle avait le trac". La malade les attribuait à la chaleur intense qui régnait dans l'imprimerie. Mais maintenant elle considère qu'ils étaient déclenchés par le fait que son chef d'atelier s'occupait surtout d'une de ses camarades, et que ces malaises ont ramené l'attention sur elle.

A la même époque, elle avait des épisodes d'anorexie et des nausées, sans amaigrissement, durant huit jours. Sa tante lui préparait des plats spéciaux et l'encourageait à manger. Ces troubles n'étaient pas liés aux règles.

- De 17 à 22 ans, les malaises surviennent de temps à autre. A 22 ans, elle entre à l'A.P. car elle désirait s'occuper d'enfants. Elle rentre d'abord dans un service d'aide-sociale à l'enfance, mais se sent triste. Elle va retourner dans l'imprimerie un an et revient à l'A.P. dans un service de prématurés puis dans un service de chirurgie gynécologique où elle va passer et réussir son examen d'aide soignante. Tout va bien jusuqu'en 1959. Son travail lui plait. Par ailleurs, elle donne du sang régulièrement toutes les six semaines depuis 1958. Le seul trouble qu'elle signale est qu'elle est parfois incommodée par la chaleur qui règne dans le service des prématurés et qu'elle doit sortir quelques minutes dehors.

- A 23 ans, en Août 1959, elle est fatiguée et a des lipothymies. Elle est pâle et subictérique. On découvre une anémie hypochrome. Elle se repose un mois et demi et reçoit un traitement martial.

A la reprise du travail elle est mise dans l'équipe de veille : son travail l'intéresse moins. Elle est fatiguée car elle n'arrive pas à dormir le jour et elle prend du Corydrane pour travailler. Jusqu'en

1960, malgré son anémie, elle continue à donner du sang.

- En Juillet 1961, à 25 ans, elle se plaint de douleurs abdominales. Il s'agit de crampes sous-costales gauches, survenant à minuit, apparaissant par périodes de 2 jours séparés par un intervalle de 4 à 5 jours. Parallèlement, on note anorexie et amaigrissement (10 Kgs en 15 mois). Il n'y a pas d'amenorrhée. Il existe une anémie hypochrome à 3.600.000. Il faut noter qu'à cette époque, sa mère venait de faire une rechute de tuberculose pulmonaire.

- En Novembre 1961 elle est hospitalisée 20 jours dans un service de médecine. Les examens montrent une gastrite authentique et une achylie. Les douleurs sont calmées par un traitement symptomatique.

- De Décembre 1961 à février 1962, on note :
  - Une aménorrhée
  - des troubles dentaires : douleurs dentaires et dents friables. On extrait toutes les dents sauf 2 par séries de 4, en 4 à 5 semaines et on lui met une prothèse.

Durant cette période il n'y a pas de douleurs gastriques bien qu'elle prenne beaucoup d'aspirine.

- En Mars 1962, les douleurs reprennent mais rythmées par les repas et survenant par périodes de 4 jours, accompagnées d'une altération de l'état général.

- Fin Mai 1962, elle est hospitalisée dans le service de gastro-entérologie. Les examens pratiqués montrent :
  - deux ulcères
    - un sur la grande courbure
    - un sur le canal pylorique
  - une achylie
  - une hypochromie sans anémie et avec fer sérique normal, dont l'étiologie est déterminée.

Après traitement anti-ulcéreux d'épreuve, les ulcères précédents disparaissent mais on découvre deux images diverticulaires de la grande courbure rebelles à un nouveau traitement d'épreuve.

- En Juillet 1962 elle passe dans un service de chirurgie où elle subit une gastrectomie des 2/3 avec anastomose gastro-duaodénale. l'examen de la pièce ne permet pas d'affirmer formellement le diagnostic d'ulcère et ne retrouve que des lésions atypiques (ex-ulcérations, myosite, fibrome).

- Fin Juillet 1962, elle part en convalescence. Quinze jours plus tard apparaissent des brûlures épigastriques, cinq à dix minutes après les repas, calmées par les vomissements. Une anorexie, un amaigrissement (35,K. 500), des troubles du sommeil.

De plus, pendant 24 heures surviennent des troubles de la lecture, des vertiges, une hypotension, suivis d'un sommeil de 24 heures. Epi-sode inexpliqué, mais elle dira en 1965, qu'elle avait pris dès cette époque des médicaments pour calmer ses douleurs (Optalidon).

- Fin Septembre 1962, elle retourne dans le service de gastro-entero-logie, la symptomatologie a changé :

- céphalées pulsatiles bilatérales
- chutes dès qu'elle se lève
- diplopie
- puis apparition d'une somnolence persistante.

En 1965, elle reconnait qu'elle prenait en cachette du Nembutal pour dormir et aussi dans la journée à la fois pour calmer ses douleurs gastriques et surtout ses angoisses. Mais à l'époque on ignore cet élèment et elle est transférée au début Octobre 1962 dans :

- Un service de neurologie. Là on retrouve des troubles neurologiques qui ne durent que 4 jours :

- petite dysmétrie du membre supérieur gauche
- nystagmus net mais épuisable
- une diplopie qui disparait quelques heures avant l'examen ophtalmologique.

L'E.E.G., les radios du crâne et l'examen ORL sont normaux. Mais 15 jours plus tard on retrouve à gauche une petite dysmétrie et une hypotonie des muscles de la nuque et on suspecte une tumeur de la fosse postérieure.

- Le 18 Octobre 1962, pour faire les examens complémentaires elle passe dans un service de neuro-chirurgie en vue de ventriculogra-phie. En fait on ne retrouve là aucun signe neurologique, mais par contre une glycémie à 0,40. A l'époque, la malade n'avait posé au-cune question sur sa maladie. En 1965, elle dira qu'on lui avait parlé de méningite et qu'elle était contrariée à l'idée d'une intervention et surtout d'avoir la tête rasée. Elle reconnait avoir pris du Phenergan en cachette, mais pas de médicaments hypoglycé-miants. En fait lors d'autres hospitalisations on a appris qu'elle

se faisait des piqures d'Insuline.

Elle est renvoyée dans le service de médecine pour un bilan biologique qui montre :

- anémie hypochrome : fer sérique à 30
  Equilibre protidique : normal
- Les diverses explorations du métabolisme glucidique ne montrent que des courbes un peu aplaties.
- Bilan endocrinien : normal.

- Puis en Janvier 1963 elle est repassée dans le service de gastro-entérologie. On envisage une "hyperinsulinémie pancréatique intermittente dûe, vraisemblablement, à un adénome langherhansien". Malgré une épreuve d'hypoglycémie insulinique sous EEG, qui est strictement normale, elle passe

- en chirurgie en Février 1963 où elle est opérée : hémipancréatectomie caudale plus splénectomie.

Là encore l'histologie n'est pas formelle : "pas d'adénomatose, mais une hypercellularité langherhansienne à laquelle semblent participer surtout les élèments A, mais l'existence d'une autolyse importante peut être à l'origine d'artefacts".
Mlle B dira de sa rate qu'elle était un peu infectée et qu'elle la gênait...

- En Mars 1963, elle passe dans le service de gastro-enterologie. Là, elle a des malaises avec pertes de connaissance et obnubilation post-critique avec un EEG de type comitial : "nombreuses anomalies paroxystiques à prédominance temporale surtout à gauche ou parfois généralisées, avec parfois des élèments irritatifs atypiques, mais évocateurs de comitialité. Elles se multiplient sous hyperpnée".

On prescrit 0,10 Gardénal + 2 Dihydan mais la malade prend en plus du Nembutal le soir.

Un nouvel E.E.G. 15 jours après ne montrent plus d'élèments épileptiques.

- Mi Mars 1963, elle passe au pavillon d'isolement. En effet, on la suspecte de toxicomanie- elle avait d'ailleurs accès à la pharmacie dans le service de gastro-enterologie.

Isolée, son comportement est normal, sans malaise.

Le nouveau bilan montre :

- cycle glycémique normal
- anémie hypochrome avec fer sérique à 25 . Moelle jeune et riche.
- sur le plan psychiatrique : névrose de caractère avec degré très intense d'auto-agression.

Elle sort enfin de son long périple hospitalier de Septembre 1962 à Avril 1963 avec :

- 0,10 Gardenal
- 2 Dihydan
- traitement martial.

Mais à partir de ce moment les hospitalisations se succèdent à un rythme rapide pour une symptomatologie bien différente. Elle va faire maintenant des intoxications volontaires par médicaments, entrainant des comas légers ou une somnolence. Elle se retouve successivement :

- En Juin 1963 dans un service de neurologie : pertes de connaissance isolée avec obnubilation durant 48 heures. En fait elle avoue maintenant qu'elle avait pris 10 Nembutal fort. Elle voulait mourir car "elle s'ennuyait". Elle signe sa pancarte car "les gens savaient qu'elle prenait des médicaments".

- En Août 1963, service d'Hématologie. Là encore elle nous avoue maintenant qu'elle avait pris 10 Nembutal. Elle ne voulait plus penser car elle n'arrivait pas à suivre ses cours d'infirmière. En effet elle avait repris son travail.

- En Novembre 1963, service de Neurologie. Perte de connaissance avec plaie du cuir chevelu. Elle n'avait pas absorbé de médicaments. La glycémie est à 0,55. Elle sort sur sa demande.

- et en Décembre 1963, service de Neurologie pour tentative d'autolyse. Elle en avait assez de faire toujours des malaises. Le nouveau bilan montre :

- L'existence d'un maelena occulte et d'une hernie hiatale expliquant l'anémie.
- L'absence d'anomalies de la glycémie.
- Des anomalies épileptiques à l'E.E.G.
  - anomalies paroxystiques généralisées
  - réponse de type épileptique à la SLI

- l'absence d'anomalies à l'encéphalographie gazeuse.

Et un examen psychométrique sera fait dont voici les conclusions :
- Psychométriquement Mlle B se classe parmi les sujets d'intelligence normale moyenne avec des notes très dispersées. Son niveau intellectuel est probablement sous estimé par les tests.

- Le protocole de Rorschach donne des signes d'organicité, ce qui est en corrélation avec l'indice de déterioration pathologique obtenu au Wechsler Bellevue (25%).

- D'autre part, traits de personnalité hystérique utilisant comme mécanisme de défense la négation, la transformation et dans une certaine mesure l'obsessionnalisation. Cette malade a en outre un grave problème relationnel avec sa mère. L'agressivité et le masochisme qu'elle développe contre elle-même semblent l'expression d'un conflit qui n'a jamais pu s'extérioriser autrement que dans des manifestations somatiques "

Une demande de psychanalyse est refusée par le psychanalyste et elle sort en Février 1964 du service de neurologie, où elle rentrera à nouveau

en Avril 1964 pour une tentative d'autolyse avec coma de 24 heures. A l'époque elle nie l'intoxication mais elle avoue maintenant avoir absorbé Nembutal, Binoctal et Largactil.
Comme motif, elle s'ennuyait seule dans sa chambre et souffrait d'un prurit vaginal rebelle. Elle reprend son travail dès sa sortie.

En Septembre 1964 dans le service où elle travaille toujours comme aide soignante entre deux hospitalisations, elle est hospitalisée pour "perte de conscience genre sommeil profond sans signe neurologique à l'examen". Elle est transférée dans le service de neurologie qui l'adresse à Sainte Anne d'où elle sort sur sa demande deux jours plus tard.

Mais en Octobre 1964 elle revient volontairement pour se faire hospitaliser. Elle y restera jusqu'en Février 1965. On note alors :
La malade est souriante, soignée, a l'air calme et semble satisfaite. Ce comportement est entrecoupé de deux sortes de troubles :

- Au début de l'hospitalisation : menace de tomber et de perdre connaissance.

- mais persistance d'épisodes comateux tous les 10 jours, succèdant

à une période de revendication et de mécontentement. On évoque l'hypoglycémie ou la comitialité avant de découvrir que la malade accumule les médicaments pour les absorber en une fois. Elle est alors traitée par Valium, Largactil, Eunoctal et Belladenal. L'E.E.G. ne montre pas d'anomalies comitiales et la glycémie est normale.

Après quelques rechutes elle sort fin Février avec :

- 5 c de Valium 5
- 1 c de Belladenal.

Deux jours après sa sortie elle va consulter dans le service de chirurgie où elle n'est pas hospitalisée.

Elle passe 15 jours en maison de repos. Elle s'y ennuie et dort mal. Elle prend chaque soir (de son propre chef) :

- 1 Largactil 25
- 2 Valium 5
- 2 Binoctal
- 2 Nembutal 100.

Elle fait deux malaises dont l'un aurait été accompagné de miction et entraine une hospitalisation de deux jours à Tours. Au second malaise, elle ramenée dans le service de neurologie où elle refuse de rester.

- Elle retourne alors chez sa tante où tout va bien pendant six semaines. Elle suit uniquement le traitement prescrit, mange bien et s'occupe normalement.

- Il y a trois semaines elle décide d'arrêter tous les médicaments pour se désintoxiquer. Elle ne dort plus, est très anxieuse. Elle a des malaises traduits par des tremblements pendant 15 secondes, puis chute avec perte de connaissance et traumatisme (elle est arrivée avec une bosse frontale et une ecchymose nasale). Elle serait pâle. Il n'y a ni convulsions, ni miction. Elle se réveille en général sur son lit.

Ces phénomènes ont motivé la nouvelle hospitalisation de Mai 1965. C'est la 20ème hospitalisation en 4 ans, pendant lesquelles elle a subi l'extraction de presque toutes ses dents, des 2/3 de l'estomac, de la moitié du pancréas, de la rate.

Mlle B se présente comme une personne de petite taille, un peu tassée sur elle-même, habillée avec soin et rigueur sans décolleté ni manches

courtes. Elle a un visage un peu poupin avec un air doux, mais des lèvres pincées et des yeux tirés. Pendant les entretiens, elle se comporte assez passivement, se contentant de répondre aux questions. Dans l'ensemble elle a l'aspect terne des gens qui passent toujours inaperçus.

Elle se décrit comme renfermée, parlant peu. Elle a cependant des amis, des gens qui s'intéressent à elle, surtout en raison de ses ennuis de santé et de son penchant à absorber des médicaments. Elle-même s'intéresse surtout à la santé de ses amis. Elle n'a absolument aucune distraction.

Elle est douce, non exubérante, facile à vivre. Elle avoue cependant faire quelques colères courtes, violentes avec des cris, mais sans perte de son contrôle et sans violences.

Sur le plan professionnel, elle aime son métier : faire les pansements et la toilette des malades. Elle a l'impression d'être utile et de mieux comprendre les malades car elle a été opérée. Elle s'entend bien avec ses collègues, mais les médecins lui reprochent sa lenteur. Elle regrette vivement de ne pas avoir réussi le diplome d'infirmière.

Chez elle, elle est méticuleuse. Sa chambre est toujours parfaitement rangée, le ménage est fait à fond. Elle n'aime pas jeter les vieilles lettres. Par ailleurs, elle collectionne les livres de Franck D. Slaughter.

Les points essentiels sur le plan psychiatrique sont l'angoisse et les troubles de la sexualité. Ces élèments ont été particulièrement mis en évidence au cours d'une subnarcose amphétaminique, pratiquée avec 0,50 d'Eunoctal et seulement 15 mg de Tonedron en raison des anomalies de l'E.E.G.

- L'angoisse

Elle a depuis son enfance été anxieuse, certains malaises sont de véritables crises anxieuses. Devant des inconnus, elle se trouble et rougit facilement. Le matin elle est réveillée tôt et elle est anxieuse. Deux choses calment son angoisse : les barbituriques et la situation de malade. Quand elle absorbe des Nembutal, c'est pour se sentir détendue.

Elle recherche les hospitalisations car cela la rassure : "quand je

suis malade, on décide pour moi". De plus lorsqu'elle est malade, on s'occupe d'elle et d'ailleurs si la sollicitude médicale se relâche, elle attire l'attention en absorbant des médicaments.

Par ailleurs pas d'élèments phobiques en dehors d'une phobie des araignées, pas d'élèments obsessionnels pas de scrupules religieux ou moraux : elle porte une médaille religieuse, mais comme porte-bonheur. Elle est catholique mais ne va à la messe qu'aux grandes fêtes et ne se confesse qu'une fois par an.

Les troubles de la sexualité

Ils sont apparus peu après la puberté, alors qu'à l'atelier "les garçons pelotaient les autres filles" on disait "Hélène, il ne faut pas essayer d'y toucher". Elle tenait les garçons à distance car elle n'avait pas envie de flirter, surtout car elle avait peur qu'ils l'embrassent. De même elle ne danse que rarement, elle est trop raide et crispée. Elle a rencontré des garçons qui lui plaisaient mais, dit-elle "j'arrête toujours avant de fréquenter".

Ces élèments se sont aggravés à 23 ans. Au cours d'un examen gynécologique, la gynécologue lui a dit que "si elle voulait avoir des rapports, il faudrait qu'elle se fasse faire une dilatation". (dit sous narcose). Depuis, elle a peur d'être anormale. Elle sent que son comportement diffère des autres, "qu'on ne doit pas avoir peur d'être embrassée ou d'avoir des relations" elle en a honte.

Elle voudrait être mariée pour avoir des enfants mais elle a peur que son mari la trouve anormale.

Il n'y a pas eu d'expérience homosexuelle ou de masturbation.

Ses relations familiales actuelles sont les suivantes :
- elle voit ses parents tous les 15 jours : avec son père elle reste dans le domaine des conversations banales. Elle le méprise pour son éthylisme qui, selon elle, est un alcoolisme d'habitude. Elle ne fait aucun rapport entre cette tare et son appétence pour les barbituriques. Elle préfère sa mère qui est gentille et s'occupe d'elle.

- Elle voit aussi tous les 8 ou 15 jours ses deux soeurs qui sont mariées et son frère qui vit encore chez les parents. Ils s'occupent d'elle et lui remontent le moral.

- En fait, elle est surtout liée avec son oncle et sa tante qui la considèrent comme leur propre fille.

Nous avons pu voir sa mère et sa tante.

- La Mère

D'emblée elle est très réticente, cherchant à cacher des faits que nous connaissions par recoupement. Elle est agressive vis à vis de sa fille et désire surtout montrer qu'elle n'est pas responsable de la maladie de celle-ci.

Elle nous apporte quelques élèments nouveaux : d'abord il a existé un conflit latent entre la mère et la tante de Mlle B. De 2 à 4 ans celle-ci a été élevée par sa tante pendant que sa mère est en sanatorium. A son retour, l'enfant appelait sa tante "maman" et de 4 à 14 ans, chacune des deux femmes cherche à attirer l'enfant chez elle en la couvant, en ne la punissant pas. Finalement à 14 ans, l'enfant choisit de vivre chez sa tante, ce dont la mère lui garde rancune.

Dans les antécédents de la mère, entre 14 et 15 ans, pertes de connaissance sans convulsions ni miction, ayant entrainé une fois un traumatisme. Ces crises ont disparu sans traitement et elle les attribue au fait qu'elle était terrorisée par son beau-père éthylique.

- La tante

C'est une femme qui 'a pas eu d'enfants, mais en a élevé beaucoup : 4 enfants de sa belle mère qui était morte jeune, Mlle B, divers enfants pris en nourrice dont l'un qui a 17 ans et qu'elle garde toujours.

Mlle B a toujours été sa préférée, mais elle la juge sans tendresse exagérée. Dans son enfance elle était craintive, aimait être cajolée. Elle s'arrangeait pour faire punir les autres enfants.

Pour les malaises qu'elle a eu à 17 ans, le médecin avait demandé si elle n'absorbait pas des comprimés.

Mlle B est très douce, mais se met en colère à la moindre contrariété. Elle ne fait rien à la maison et aime bien rester sans rien faire.

La tante ne voit pratiquement jamais les parents qu'elle n'apprécie pas.

L'examen somatique est sensiblement normal en dehors de quelques petits signes neurologiques, une petite dysmétrie et un nystagmus latéral gauche épuisable. On voit les cicatrices abdominales et la malade se plaint de constipation. l'E.E.G. demeure altéré en raison de sa basse fréquence et de l'abondance des élèments lents. La glycémie est normale et il y a une anémie à 3.600.000.

Nous reviendrons sur le diagnostic porté en 1965 mais nous voudrions continuer le périple hospitalier de Mlle B que nous avons pu retrouver dans différents services. Après sa sortie de Sainte Anne, fin Février 1965, elle va partir en convalescence en Mars 1965. En Avril 1965 les malaises se répètent de façon très fréquente, conduisant à une nouvelle hospitalisation à Sainte Anne en Mai 1965 où elle reste jusqu'en Juillet 1965.

Elle reprend son intoxication au Nembutal. Les cachettes pour les médicaments sont des plus variables (dans la fermeture éclair de son sac). A sa sortie en Juillet, elle reprend son travail après 8 jours de repos dans "une ultime tentative de réadaptation". Mais en Octobre 1965, elle sera hospitalisée dans un service de chirurgie et opérée pour un tableau d'occlusion intestinale, puis envoyée en maison de repos.

Sur les trois années suivantes nous savons peu de choses. En 1966 elle est hospitalisée dans le service de psychiatrie d'un hopital général. En 1967, elle aura une brûlure importante au bras gauche.

Durant ces années, jusqu'en 1970, elle sera suivie par le service d'hématologie pour son anémie hypochrome modérée qui a "peut-être entrainée un retentissement cardio-respiratoire et neurologique", hypothèse suggérée en 1970. Or en 1970 on savait que Mlle B s'était fait des piqures d'Insuline et qu'elle se faisait saigner en prenant des anticoagulants et le résultat des examens sanguins de 1970 et de 1971 vont montrer des résultats subnormaux :

- NFS : GR 5 millions - 4 millions 7
- VG : 0,49 - 0,61
- Hb : 54 % - 58 %

En 1968 elle cessera de travailler à l'A.P. et sera mise à l'invalidité. Par la suite elle va travailler comme ambulancière. C'est aussi en 1968 qu'elle va être hospitalisée quelques mois dans un hopital psychiatrique. Mais nous avons pu voir le dossier concernant les nombreuses hospitalisations de 1970-71. Le plus simple est

d'énumérer les dates d'hospitalisations de ces deux années :

- 26. 9. 70 au 18. 11. 70
- 4.12. 70 au 8. 12. 70
- 31.12. 70 au 2. 4. 71
- 19. 4. 71 au 21. 10. 71
- 1.11. 71 au 4. 11. 71
- 20.11. 71 au 1. 12. 71

L'hospitalisation de Septembre 1970 a été motivée par la reprise de malaises et elle a redemandé au chirurgien une intervention. Le chirurgien l'a adressée au service de neuro-psychiatrie qui a fait un placement volontaire pour ce deuxième Hopital psychiatrique. Les motifs de l'entrée : malaise du type hypoglycémique chez une malade schizophrène et toxicomane. La lettre précise : "Il faut signaler que sa profession d'aide soignante lui a permis à la fois une connaissance des médicaments et leur utilisation abusive."

L'installation dans le pavillon est bonne mais au bout de quelques jours elle va faire une chute avec perte de connaissance et l'on remarque des traces d'injections IV sur les deux bras avec hématome, piqures qu'elle avait faites elle-même. De la même façon on trouvera dans ses affaires des comrimés de somnifères ou des ordonnances falsifiées (Binoctal, Dormopan, etc...) qu'elle prend à n'importe quel moment.

Lors de ces hospitalisations, il y a des essais de reprise de travail d'abord en revenant le soir à l'Hopital puis en retournant habiter chez un vieil ami. C'était un voisin qui après la mort de sa femme a pris en affection et en charge Mlle B et chez qui elle habite. La famille de la malade est désolée de cet état de chose car ce vieux monsieur ne lui est rien et Mlle B a choqué la famille en allant habiter chez lui.

Les nombreux séjours qu'elle fera à l'Hopital en 1970-71 seront toujours motivés par les mêmes raisons. Elle entre, soit envoyée en ambulance par l'ami qui l'a trouvé par terre, couverte de sang, plus ou moins consciente, soit d'elle-même, titubante, somnolente ayant pris des médicaments de quelques sortes que ce soient avec une préférence pour les somnifères.

En Janvier 1971 elle aura une fracture des os propres du nez lors d'une chute.

Lors de la dernière hospitalisation en Novembre 1971, elle a présenté un tableau de contracture généralisée avec trismus et devant la possibilité d'un tétanos elle fut adressée à l'Hopital Claude Bernard où ce diagnostic fut infirmé.

Après avoir rapporté la suite des hospitalisations de Mlle B jusqu'à une date très recente, nous reprendrons la discussion diagnostique de 1965.

Sur le plan somatique il a existé des troubles somatiques :

Sur le plan digestif :
l'achylie, les deux ulcères,gastriques, la hernie hiatale pouvant entrainer l'anémie mais associée à la prise d'anticoagulants.

Sur le plan endocrinien

L'hypoglycémie constatée à plusieurs reprises mais les injections d'Insuline.

Sur le plan neurologique

La comitialité mais s'il y a eu des E.E.G. altérés, d'autres plus récents sont normaux et ces E.E.G. altérés pouvaient correspondre à des intoxications médicamenteuses non avouées à l'époque par la malade, voire même aux troubles de la glycémie.

Enfin, la malade a subi :

Une édentation quasi complète, une gastrectomie, une pancréatectomie caudale, une splenectomie,toutes interventions qui ne sont pas sans séquelles.

Sur le plan psychiatrique

Si les troubles caractériels peuvent être ramenés à une comitialité, celle-ci n'explique pas les phénomènes anxieux, ni les troubles psychosomatiques, ni les troubles de la sexualité.

Certes on aurait pu la considérer en 1965 comme une personnalité hystérique. En faveur de ce diagnostic on retient : la suggestibilité, la mythomanie, les troubles de la sexualité, le désir d'attirer l'attention, certains malaises peuvent être considérés comme des accidents de conversion, l'association de la comitialité ferait parler d'hysteroépilepsie.

En fait une analyse plus minutieuse fait rejeter ce diagnostic.

- D'abord elle ne se présente pas comme une hystérique et, en particulier, elle raconte assez clairement une biographie pourtant embrouillée.

- La mythomanie : le seul élèment est l'intoxication barbiturique qu'elle a cachée, et ceci non par plaisir de tromper les médecins, mais parce qu'elle avait honte de parler de ses angoisses et des médicaments utilisés pour les calmer. De même lorsqu'elle niait avoir tenté de se suicider.

- Les troubles de la sexualité : il ne s'agit pas d'un dégoût, elle supporte très bien de voir flirter les autres et elle considère que c'est elle qui est anormale du fait de sa peur de la sexualité.

- Le désir d'attirer l'attention : il ne s'agit pas à proprement parler d'un désir de séduire, mais d'un besoin infantile d'être entourée et rassurée par l'intérêt qu'on lui porte.

- Quant aux malaises, on peut les considérer comme des états intermédiaires entre la traduction somatique de crises anxieuses et des accidents de conversion.

On aurait pu aussi la considérer comme une personnalité psychopathique. Dans ce diagnostic rentreraient :

- la mythomanie
- la toxicomanie. Les petits élèments de sadisme de l'enfance.
- La conduite d'autoagression très intense. En effet elle a subi passivement :

- 2 interventions abdominales mutilantes
- une encéphalographie gazeuse
- plusieurs gastroscopies
- 7 ponctions sternales
- un nombre incalculable de prises de sang
- des mois d'hospitalisation
- Elle a tenté 4 fois de se suicider et ce qui semble en être un équivalent, elle donnait du sang alors qu'elle avait une anémie grave.
- Dans la vie courante, elle n'a aucune distraction.

Ce diagnostic ne semble pas pouvoir être retenu. Nous avons déjà discuté la mythomanie.

- La toxicomanie certes elle existe et il y a une appétence

pour les barbituriques mais ceci uniquement dans la mesure où ils neutralisent son angoisse. Elle n'y trouve pas un paradis artificiel, mais la suppression d'un symptome pathologique. Par ailleurs le sevrage provoqué à l'Hopital a toujours été bien supporté et spontanèment elle vient de supprimer tous ses médicaments.

- Le comportement autoagressif lui aussi est réel mais il n'est pas source de plaisir, il n'est qu'un moyen d'être rassurée par la situation de malade. Elle n'a jamais demandé à être opérée. Sous narcose elle dit "mes douleurs, je pensais que c'était nerveux, mais j'ai vu que ce n'était pas ça puisqu'on a trouvé un ulcère." De plus, son angoisse ne disparaissait pas au moment des interventions. On peut seulement dire qu'elle les a acceptées sans aucune protestation. En bref, la situation de malade calmait son angoisse : pour prolonger cette situation, elle a accepté de payer le prix demandé. La motivation des tentatives de suicide est d'ailleurs identique : prolonger l'hospitalisation et ramener l'attention médicale sur sa situation de malade. Et en 1965 le diagnostic envisagé avait été celui d'une structure névrotique qui ne réussit pas à s'organiser.

Il existe une constitution anxieuse et l'affectivité reste très infantile avec passivité, quête affective permanente.

L'histoire de la malade nous montre diverses tentatives de neutralisation de son angoisse :

- Dans son enfance on retrouve :
  - des crises anxieuses
  - des troubles de conduites alimentaires, la peur de la sexualité, peut-être quelques accidents de conversion.
- Ensuite on assiste à l'éclosion de troubles psychosomatiques. Malheureusement pour elle, on a traité les troubles somatiques apparents en négligeant des difficultés psychiques que par ailleurs elle cachait. C'est la période d'autoagressivité.
- Dans le 3ème stade elle cherche à se rassurer soit grâce aux barbituriques, soit en s'installant dans la situation de malade. Mais elle est consciente du caractère anormal de ces comportements qu'elle a longtemps cachés et cherche en vain à s'en débarasser.
- Actuellement, et ceci est particulièrement net sous narcose, elle demande à être protégée contre ses propres angoisses et contre le monde extérieur. Elle est consciente de son incapacité à mener une

vie autonome.

Mais le pronostic dès 1965 avait été jugé défavorable car la maladie évoluait depuis longtemps, ne se stabilisait pas et ne s'organisait pas,avec un contact psychothérapique entravé du fait de la passivité de la malade et de même les traitements chimiothérapiques ne seraient acceptés qu'en tant qu'ils permettent seulement de prolonger une attitude de dépendance.
Or l'évolution, on l'a vu, a été très mauvaise avec une impossibilité de vie autonome, un refuge hospitalier permanent, une intoxication aux médicaments persistante et le diagnostic porté en 1970 est celui de personnalité psychotique avec noyau pervers, manifestations d'auto-destruction soit directement soit par l'intermédiaire de la chirurgie. Vie désadaptée voire déréalisée. Recherche constante d'un milieu maternant d'où elle se rejette elle-même.

Madame J, 41 ans, a été hospitalisée dans le service au début Mai 1966, sur sa demande, dit-elle, pour une cure de désintoxication. Elle présentait une toxicomanie au Dolosal qui fut découverte par le médecin contrôleur de la Sécurité Sociale. L'hospitalisation fut acceptée par Madame J, mais au bout quelques jours en service libre , la malade voulut sortir immédiatement ce qui nécessita la transformation du placement libre en placement en service fermé.

Nous essaierons d'envisager la biographie de Madame J avec les éléments racontés au cours de l'hospitalisation et de rapporter l'histoire chirurgicale puis la survenue de la toxicomanie qui a nécessité l'hospitalisation. Dans la biographie il faut noter d'emblée les erreurs de date, les trous de mémoire, la fausseté de certaines précisions qui varient lors d'entretiens différents, l'aspect un peu romancé qu'elle donne à son existence.

BIOGRAPHIE

Elle est née en 1926, et elle a peu de souvenirs de sa toute petite enfance, mais elle sait que son père la battait et que sa mère l'a abandonnée à 3 ans. Elle est placée par l'Assistance Publique chez une première nourrice dont elle garde des souvenirs heureux, mais elle sera retirée de cette famille après un évènement dont elle se souvient : "J'ai assisté dans un champ aux ébats amoureux d'un couple". Le séjour chez la deuxième nourrice sera malheureux. Elle avait alors une énurésie et elle fut maltraitée, mal nourrie, on la battait ou l'attachait au pied du lit. Elle rapporte de cette période qu'elle ne parlait pas. L'inspection de l'A.P. la retire et la met à l'hospice jusqu'à 14 ans. Puis elle commence à travailler comme nurse.

A 17 ans, elle présente un syndrome abdominal qu'elle décrit ainsi : "Je souffrais du ventre sans fièvre, sans vomissements ni diarrhée. J'avais très peur d'être opérée". Elle subit à l'Hopital une appendicectomie et présente des vomissements post-opératoires.

La même année elle fait une primo-infection tuberculeuse avec une atteinte pleuro-pulmonaire bacillaire pour laquelle avait été institué un pneumothorax abandonné à la suite d'une pleurésie purulente. Elle est envoyée au sanatorium en Mayenne. Lorsqu'elle revient dans l'hopital où elle avait été traitée au début de sa

maladie tuberculeuse, elle était dit-elle "portée décédée sur les registres de l'Hopital".

A 22 ans, en 1947, rechute de tuberculose pulmonaire, on ne sait pas si elle est allée à ce moment là en sanatorium.

C'est à cette époque qu'elle fait la connaissance d'un ami et ils vivent ensemble. Ils auront deux enfants. L'entente était bonne, mais Madame J n'a pas voulu que les enfants soient reconnus par le père. Elle travaille alors comme caissière et dit qu'elle a suivi des cours par correspondance durant cette période.

Mais l'infection tuberculeuse n'est pas terminée, en effet en 1950, elle a une méningite tuberculeuse au décours de sa première grossesse. L'accouchement a lieu à terme, l'enfant est tout de suite placé. La méningite fut traitée dans un Hopital parisien par la Streptomycine et il semble que ce soit à partir de cette époque que l'on ait envisagé la possibilité d'une péritonite tuberculeuse qui tiendra un grand rôle dans les élèments biographiques à venir.

En 1951, deuxième grossesse, accouchement normal d'une fille qui sera placée immédiatement et au décours de l'accouchement on décèle des bacilles tuberculeux dans les selles. Le traitement de cette entérite tuberculeuse semble avoir été seulement du P.A.S. jusqu'en 1953 puis elle est renvoyée dans un sanatorium de l'Ain.

Nous avons un compte rendu de cette malade grâce à une lettre de Janvier 1952. "Elle présente un syndrome d'entérite tuberculeuse. Au point de vue pulmonaire l'état est satisfaisant, tubage et culture ont été négatifs et c'est seulement dans les selles qu'on trouve des bacilles. Il a existé fin Décembre une réapparition des signes méningés mais le liquide céphalo rachidien était entièrement normal. A la suite d'une crise de subocclusion la radio a montré des niveaux liquides étagés. A cette époque il n'y a pas eu d'intervention pour cette subocclusion".

C'est en 1953 que vont commencer les première interventions itératives dans une clinique du sud de la France, où elle a été hospitalisée en Août, puis quatre mois à la fin de l'année. C'est à la fin du traitement par P.A.S., au début 1953 qu'ont commencé les crises subocclusives. Celles-ci sont caractérisées pas un volvulus intermittent du colon sigmoïde et la première opération a lieu fin Septembre 1953,

durant laquelle on pratique :
"une colectomie segmentaire du sigmoïde avec suture termino terminale sans dérivation en amont, en un temps. Ce segment colique était extrêmement long et son méso présentait de très grosses brides de mésentérite rétractile avec rétrécissement du pied du méso".

Les suites opératoires ont été bonnes malgré la survenue d'une petite hématurie vraisemblablement transfusionnelle qui n'a laissé aucune séquelle rénale.

A la mi-Novembre 1953, réintervention par suite d'une occlusion aigue consécutive à une torsion sur bride épiploïque. "Tout le grand épiploon a été réséqué au cours de cette reprise opératoire et les suites ont été également banales. Les deux interventions pratiquées avaient permis de vérifier l'intégrité des organes génitaux internes et une biopsie de l'endomètre avait permis d'éliminer une endométrite bacillaire".

Et au début Janvier 1954 pour le chirurgien qui l'avait opéré, Madame J présente un état général très satisfaisant avec gain de poids et sans aucune lésion bacillaire. Il notait qu'il existait "quelques troubles du transit colique avec phénomènes douloureux intermittents vraisemblablement liés à une colite spasmodique et de toute façon non imputable à des phénomènes subocclusifs mineurs et qu'il existait aussi des troubles fonctionnels génitaux caractérisés par une polymenorrhée, qui sont certainement fonctionnels" et la biopsie de l'endomètre montrait seulement un état folliculinique persistant faisant évoquer une hypolutéinie pour lequel un traitement hormonal fut prescrit.

Or en Octobre 1954, à 28 ans, Madame J se retrouve dans une clinique en Bretagne où elle est opérée des organes génitaux. Le compte rendu opératoire de cette intervention rapporte : "Incision médiane subombilicale. On découvre un kyste ovarien gauche de la grosseur d'une orange, en état de torsion. L'ovaire droit est scléro-kystique. Les trompes sont oedematiées et présentent à leur surface de petites granulations. L'utérus est sain. Hystérectomie sub-totale avec castration bilatérale".

Lors des suites opératoires un épisode pleuro-pulmonaire avec fièvre à 40° est guéri rapidement pas le Pénicilline, on note aussi une

légère désunion cicatricielle post opératoire. Le compte rendu ne fait état d'aucune lésion tuberculeuse ni d'aucune adhérence.

Entre 1954 et 1957, il n'y aura pas d'autres interventions mais des élèments biographiques importants surviennent. Son ami meurt en 1955 d'une tuberculose et d'un cancer au poumon; et c'est durant cette période qu'elle retrouvera la trace de ses parents. A Paris, à l'occasion d'une demande de livret de famille on lui indique le nom et l'adresse de sa mère. Elle va voir cette mère inconnue et dès le premier entretien lui reproche de l'avoir abandonnée. Leur fréquentation sera très courte car le mari de la mère ne veut pas voir Madame J. Il est né une demi-soeur de ce mariage. Puis elle fait, par l'intermédiaire de sa mère, connaissance de son père remarié. Elle dit qu'elle a une grande admiration pour son père et qu'elle s'entend bien avec sa belle-mère. Il semble en fait que là aussi les relations n'aient pas continué longtemps car à un autre moment Madame J dira qu'elle n'a vu son père qu'une seule fois.

Au milieu de l'année 1957, elle présente des douleurs abdominales avec crise de ballonnement, et à la mi-Juillet elle est opérée pour une subocclusion sans arrêt complet des gaz, ballonnement péri-ombilical, nausées et existence d'une éventration sur la cicatrice sous ombilicale. Le compte rendu opératoire d'un Hopital de Normandie est le suivant :

"Excision de la cicatrice, une anse grêle est adhérente au plan profond : c'est là l'origine de l'occlusion. On résèque 10 cm de grêle, la suture termino terminale se fait en tissu parfaitement sain. On ne constate aucune lésion tuberculeuse - deux brides coeco-pariétales sont sectionnées, par ailleurs l'intestin est normal."

En Juin 1958, à 32 ans, dans le même Hopital, réintervention pour syndrome subocclusif :

"Excision de la cicatrice médiane et sous ombilicale. A l'ouverture du péritoine on constate qu'il n'existe aucune adhérence à la face profonde de la cicatrice. Par contre les anses grêles sont dilatées. On sectionne plusieurs birdes dans la région coecale. On libère les rétractions paramésentériques. On retrouve l'ancienne anastomose qui est normale et libre. Fermeture de la paroi en trois plans".

En 1960, intervention dans le même Hopital de Normandie pour syndrome subocclusif.

"Excision de la cicatrice antérieure. On trouve deux nouvelles zones d'adhérences : d'une part une anse grêle à 50 cm à peu près de la terminaison est fixée à la paroi par une adhérence de 1 cm : on la décolle et l'on fait un accollement du grêle sur 15 cm environ (Noble partiel) et fermeture de l'hiatus mésentérique par des points séparés au nylon. D'autre part, le sigmoïde est long et mobile ; le sommet de son anse est fixé par une rétraction méso colique. On libère l'intestin en excisant la bride rétractile. On repéritonise la face gauche du méso-colon par une suture perpendiculaire à l'axe de l'intestin qui rétablit la longueur du méso-colon et rend sa liberté à l'anse colique. On observe aucune anomalie autre sinon un caecum assez long et mobile."

Sur le plan social, Madame J est suivie depuis 1960 par une Assistante Sociale jusqu'à son hospitalisation en 1965. Cette Assistante Sociale nous apportera quelques élèments biographiques sur les ressources de Madame J et les moyens de se les procurer qui révèlent un contexte de psychopathie perverse.

Elle était caissière dans un centre de Sécurité Sociale et elle est en longue maladie depuis 1953, en invalidité 2ème catégorie depuis Novembre 1960.

En 1963 a lieu un épisode chirurgical aigu et il semble qu'elle soit opérée dans une clinique parisienne pour occlusion avec tumeur. Nous n'avons pas le compte rendu de cette opération.

En 1964, il semble que l'intoxication médicamenteuse ait commencé car lors d'un voyage en Afrique du Nord, l'ami qui l'accompagne se rend compte qu'elle cherchait à se procurer du Dolosal. Elle prenait ces médicaments pour des douleurs imprécises et elle a du interrompre le voyage du fait des douleurs trop "abondantes" et de l'absence de sa prise de Dolosal.

Au mois d'Août 1964, en vacances dans le sud de la France, elle présente un syndrome occlusif aigu. Le chirurgien appelé aurait trouvé son cas désespéré " il s'arrachait les cheveux" et l'a fait transporté en avion à Paris, en clinique "ainsi, il m'a sauvé la vie". Le compte rendu opératoire de cette intervention du mois d'Août 1964 comporte

le rapport de deux interventions en quatre jours.

- La première est une anastomose latero-latérale après résection partielle du grêle pour le syndrome occlusif qui ne cèdait pas.

- La deuxième est une iléostomie iliaque gauche.

"Médiane sous-ombilicale qui repasse par une précédente incision ; libération par voie endo-péritonéale de l'iléostomie qui siège aux environs de 50 cm de l'angle iléo-coecal. On ne retrouve pas l'anastomose latéro-latérale précédente qui doit siéger au sein d'un agglomérat d'anses grêles dont la partie distale est incarcérée dans le fond du Douglas. La libération de ces avant-dernières anses ouvre une collection purulente et l'anse du même coup. On constate alors qu'il existe un anneau d'étranglement péritonéal dans le fond du petit bassin, cause de l'incarcération. Libération de tout le grêle jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal, l'ensemble présentant de nombreux accolements anarchiques. Le bilan des lésions du grêle fait que l'on est amené à pratiquer une résection d'environ 60 cm que l'on termine par une anastomose termino-terminale en un plan extra-muqueux aux points séparés en lin ; cette anastomose siègeant à 10 cm environ de l'angle iléo-coecal. On pratique ensuite un Noble total par une série de surjets au lin. Fermeture de la brèche péritonéale du petit bassin que l'on cloisonne complètement. Fermeture après parage, au fil de bronze de l'incision iliaque gauche d'ileostomie".

En Juin 1965, elle est hospitalisée pour un "grattage" d'abcès et il est noté sur son dossier chirurgical que si Madame J fait des crises douloureuses, il faut faire des piqures de Dolosal, mais cette intoxication a commencé depuis longtemps et par le contrôle médical de Sécurité Sociale, nous savons quel a été le nombre d'ampoules de Dolosal acheté régulièrement par Madame J : en 1963 - 96 ampoules , 1964- 231 ampoules, 1965- 425 ampoules, 1966- 559 ampoules pour trois mois et demi. Il faut noter aussi que sa possibilité d'obtenir des toxiques était facilitée par son mode de vie, la prostitution en milieu aisé lui ayant permis, nous dit-elle, d'obtenir du Dolosal. A certain moment elle prenait jusqu'à 35 ampoules par semaine et lors de son entrée dans le service se faisait 11 piqures par jour. Si elle essayait de s'arrêter, cela entrainait des crises d'étouffement et d'énervement ; depuis 1964 les prises étaient régulières et constantes. Ses deux enfants étaient au courant de ces

injections de Dolosal qu'elle se faisait facilement devant eux.

Dans le service, après son passage en placement volontaire, elle se présente comme une jeune femme coquette, recherchant essentiellement le contact avec le médecin dans le couloir : elle affirme avec force sa bonne foi, sa volonté de guérison et insiste sur le fait que toute sa vie n'a été faite que d'opérations, elle dit avoir été toujours souffrante et toujours en clinique. Elle ajoute qu'elle ne boit pas et ne présente pas de vices. Elle dit bien s'occuper de ses enfants, elle est "bonne mère" dit-elle, "malgré sa vie sinistre".

En fait il existe un problème social important pour cette famille. Elle vit seule avec les deux enfants mais s'entend très mal avec le fils de 15 ans 1/2 et elle a fait appel au Tribunal d'enfants contre lui ; la sortie sera fonction de l'état de santé de Madame J mais aussi de la possibilité de l'éloignement des enfants.

Dans le service, l'adaptation est parfaite mais superficielle.Alors que dans les couloirs elle exhibe volontiers ses 13 interventions, lorsqu'on essaye d'évoquer ce problème au cours d'un entretien plus approfondi, elle affirme alors ne pas se souvenir de la date de la première et expose de façon très embrouillée les différentes interventions, les lieux et les chirurgiens. Si nous avons pu détailler le passé chirurgical de façon aussi chronologique, ce n'est pas grâce à la malade, mais par des lettres et des compte-rendus adressés par le centre de Sécurité Sociale qui connaissait le cas de Madame J avant 1953.

D'autre part Madame J n'hésite pas à solliciter des aides financières de toute part, (organisations charitables, aide sociale); aides qu'elle juge devoir lui revenir de plein droit étant donné sa situation, "toujours malade" "opérée avec deux jeunes enfants à charge".

Il existe des élèments mythomaniaques et pervers. Elle a fort bien supporté la désintoxication du Dolosal, mais réclame des comprimés et des piqures, prend en une fois de fortes doses de barbituriques, exprime des plaintes répétées pour des douleurs abdominales, urinaires et des douleurs dentaires. Objectivement, le compte rendu d'une urographie intraveineuse de 1965 montre une hydronéphrose

droite avec dilatation bilatérale des uretères, plus marquée à droite et envisage la possibilité d'une bacillose rénale droite.

En Octobre 1966, lors de son hospitalisation psychiatrique, elle est transférée en chirurgie pour un syndrome occlusif. Cette sub-occlusion cède au seul traitement médical. La lavement baryté de contrôle a montré un mégadolichocolon qui pourrait suffire à expliquer ces troubles fonctionnels.

Des tests psychométriques furent pratiqués lors de cette hospitalisation, et devant la médiocrité du niveau intellectuel, autour de 70, il n'y eut pas de test de personnalité.
Le psychologue rapporta ce déficit à une carence d'apprentissage. En effet il faut se rappeler que Madame J est née en Angleterre et qu'elle fut ramenée en France à 1 an 1/2, Lorsqu'elle était toute petite elle parlait Anglais, la mère était française, le père Anglais, puis à l'âge de trois ans elle fut placée par l'assistance publique, placement pendant lequel. elle n'aurait pas parlé pendant une longue période.

Le diagnostic de personnalité psychopathique avec d'importants élèments hystériques se pose chez cette femme ; on y retrouve des élèments pervers, la toxicomanie, l'inadaptation sociale, la capacité de faire appel à toute personne pouvant lui procurer des ressources, la mythomanie, le refuge hospitalier avec l'histoire des multiopérations. Il faut noter que la maladie débute par une tuberculose,atteignant plusieurs organes,qui a entrainé la deuxième intervention. Enfin la suite des opérations où se mêlent les occlusions sur brides, les épisodes subocclusifs fonctionnels qui ont entrainé de la part des médecins et des chirurgiens des conduites opératoires répétitives, toujours présentées par Madame J dans un contexte de drame : "J'étais mourante, il m'a envoyé à Paris en avion, il m'a sauvé la vie". Ce sont autant d'élèments que l'on peut retrouver dans le syndrome de Munchausen.

Madame F, agée de 51 ans, entre dans le Service le 30 Octobre 1970, adressée par le psychiatre d'un service d'urologie pour un état dépressif avec préoccupations hypochondriaques centrées sur l'appareil urinaire.

On verra que les problèmes somatiques ont été nombreux dans la biographie de cette malade et qu'actuellement s'y associent des élèments interprétatifs à type d'idées de persécution. Lorsqu'elle nous racontera sa biographie, elle rattachera ses maladies à son enfance et au fait qu'elle fut une enfant de l'Assistance Publique.

Elle est née en 1919 en Bretagne, d'une famille de cultivateurs. Il y avait cinq enfants dans la famille. Celle-ci fut dissociée à la mort de la mère en 1923. La mère est morte d'une tuberculose et le père à ce moment là a abandonné les trois derniers enfants : elle, agée de 4 ans, un frère de 7 ans et une soeur, qui ont été placés à l'Assistance Publique. Les deux ainés sont partis travailler. Le père devenu alcoolique a du vendre sa ferme et devint journalier.

De 6 à 12 ans, elle est placée avec son frère ainé dans une famille nourricière par l'A.P.C'étaient aussi des cultivateurs et le travail était dur. Il fallait aller aux champs, traire les vaches et on ne s'occupait pas si elle était petite et faible. Cette période de sa vie semble quand même avoir été sur le plan affectif, pas trop mauvaise.

Mais lorsqu'elle a 12 ans, son père nourricier meurt de tuberculose. Elle est alors mise en pension dans une maison religieuse jusqu'à sa majorité.

Son frère, à 20 ans, meurt de maladie des os ou d'une méningite tuberculeuse et elle pense qu'il y a probablement un rapport entre la mort de son frère et la tuberculose du père nourricier, mais aussi avec sa propre maladie osseuse, et sa grande interrogation se porte à cette époque.

"Pourquoi on nous a laissé chez un monsieur tuberculeux ? On ne fait pas assez de surveillance. Quand on est à l'A.P., on est pas comme les autres..."

De 12 ans à sa majorité nous savons peu de choses. Elle a appris dans cette pension les travaux ménagers et est placée à 21 ans comme employée de maison à Nantes.

En 1941, elle a une fille d'une liaison avec un marin. Cet homme dit-elle se cachait pour ne pas aller faire le travail obligatoire en Allemagne mais elle dit qussi qu'il a été porté disparu lors de l'affaire de Mers El Kebir. C'est peu après la naissance de sa fille que la maladie osseuse de Madame F commence. Elle doit mettre sa fille en nourrice car elle nous raconte qu'elle a du être hospitalisée, deux ans couchée dans le plâtre pour décalcification, elle ne pouvait plus marcher, à d'autres moments elle dira qu'elle a du rester simplement couchée sur une planche, ceci entre 1941 et 1943.

La description de cette maladie osseuse est très détaillée et imagée.

" Il y avait une déviation des deux côtés du rein, j'avais les os "déformés et qu'on a mainten par un corset pour la décalcification.. "J'avais les deux hanches ressorties, on pouvait mettre un poing "dans les hanches, entre les os... Tout mouvement dans le lit me "faisait beaucoup souffrir..."

La recher he d'une tuberculose évolutive à ce moment là fut négative. Il s'agissait d'une décalcification diffuse (osteoporose de carence) qui fut traitée par calcithérapie et corset.

C'est durant cette période que survint le décès de sa fille. Ayant une otite, sa fille fut hospitalisée à l'Hopital de Nantes et lors d'un bombardement cet Hopital fut atteint, il y eut des morts dont la fille de Madame F.

A la suite de ce décès elle a présenté des hémoptysies qui ont fait à nouveau rechercher la tuberculose qui ne fit pas sa preuve. Après sa sortie de l'hopital, elle reste à Nantes et travaille comme receveuse dans les trolley bus et c'est là que se passe un évènement important pour Madame F. Elle aurait fait à cette occasion de la résistance. Un résistant poursuivi par les allemands lui aurait donné des papiers et à partir de ce moment elle a servi de courrier car elle avait par son travail un laissez-passer. Un jour elle a été arrêtée et battue par les occupants.

"La milice allemande m'avait laissé comme morte sur la chaussée, "car je perdais du sang par les oreilles et le nez, j'étais com- "plètement défigurée. On ne me donnait pas de glace pour me regar- "der tellement j'étais défigurée. " Il y eut une fracture du maxillaire inférieur droit avec cal vicieux qui la gêne toujours. "Je crois que les gens se moquent de moi car j'ai des difficultés "à parler."

Elle est opérée en 1944 à Nantes d'un "kyste sur l'intestin".

En 1947 elle vit maritalement avec son futur mari. Ils s'épouseront en Novembre 1950. Son mari décide de venir à Paris en 1947, car à Nantes elle a été trop malheureuse, elle dépérissait. Le mari est employé au Gaz de France. Elle le décrit comme très gentil.

A Paris elle travaille comme manutentionnaire et se fatigue beaucoup et en 1951 elle fait un avortement au 4ème mois de sa deuxième grossesse, au cours d'une pleurésie. Sa belle mère la soigne, mais refuse le curetage qui devait être fait et Madame F a des hemorragies, "elle tenait debout par miracle."

Elle fut opérée pour salpyngite par le Docteur M en 1951.

En 1957, des problèmes rénaux la font hospitaliser dans un service de nephrologie parisien où l'on découvre une lithiase calcique droite qui est traitée médicalement. On a parlé alors d'hyperparathyroïdie mais qui fut récusée par la biopsie osseuse.

En 1958, renversée par une moto, conduite par un ami de son mari, elle a "deux fractures de la jambe gauche", en fait deux orteils écrasés qui vont nécessiter le port de chaussures orthopédiques, et une plaie à la cheville sur laquelle se développera un ulcère variqueux.

Son mari n'a pas voulu qu'elle porte plainte car l'ami avait des enfants et cela aurait fait des ennuis.

"Moi j'ai souffert et j'ai rien eu... Je n'ai pas eu de dédommagements de cet accident car mon mari ne voulait pas..."

En Janvier 1959, nouveaux problèmes gynécologiques "une trompe infectée" et elle est opérée : opération de Strosma pour utérus biloculaire, compte-rendu qu'elle a apporté avec elle.

C'est à la suite de cette intervention gynécologique qu'est apparue l'incontinence à la toux, à l'effort.

En 1964, elle est opérée en clinique pour une suspension aponévrotique du col dont elle dit : "On m'a mis un tendron de veau pour me tenir la vessie". Et la même année réopération d'une volumineuse éventration sur la cicatrice abdominale.

Ses problèmes uminaires persistent et elle est hospitalisée pour l'ablation de sept calculs vésicaux en 1954 "Mes calculs étaient gros comme le doigt".

Les ennuis médicaux de Madame F vont alors se centrer sur l'appareil urinaire avec des épisodes d'infections urinaires et des épisodes de rétention qui nécessitent des hospitalisations en néphrologie auxquelles se mêle le problème rhumatologique entrainant là aussi des hospitalisations répétées à la demande de la malade.

Le traitement pour le problème urologique comportera une électrocoagulation pour oedème bulleux du col en Avril 1966.

Quelques mois après une crise de rétention, traitée médicalement, mais le traitement n'apporte pas d'amélioration et elle est hospitalisée dans un service de neprhologie en Septembre 1966, pour résection endoscopique du col.

Les examens complémentaires tel l'urographie introveineuse n'a pas permis de déceler aucune lithiase évidente.

Les suites ppératoires sont compliquées d'épisodes de rétention nécessitant des sondages répétés puis la survenue d'une discrète incontinence. Un contrôle urethroscopique est fait un mois après l'intervention. Le compte-rendu note : "Il n'y a pas de ressaut, résidu environ 100 cc, lèvre postérieure saillante mais sans indication de résection."

Elle sort du service de néphrologie à la mi-Novembre 1966 et il est noté à cette époque : psychisme bizarre et comportement mictionnel bizarre avec alternance de rétention, de mictions normales et incontinence sous l'influence de la Pilocarpine.

C'est à cette époque qu'elle est mise à l'invalidité.

L'année 1967 se passe sans trop de problèmes urinaires mais avec quand même des consultations en néphrologie où l'on note la persistance de dysurie et au début de l'année 1968 elle est réhospitalisée car sur le compte-rendu urographique on parle de stase des deux uretères terminaux avec un gros résidu et un haut appareil sensiblement normal. On souhaite faire un nouveau bilan où une urethroscopie montre "une lèvre encore très saillante et irrégulière". A la mi-Février une résection du col est faite sur la lèvre antérieure. La lèvre postérieure est un peu surélevée mais sans plus. Elle sort en Mars de l'Hopital.

Et c'est en Juillet 1968, revenant en consultation pour les mêmes troubles avec résidu, et à l'urographie un gros résidu vésical, qu'un nouveau bilan est pratiqué nécessitant une 3ème hospitali-

sation. L'examen neurologique est normal. Le bilan urologique comprend:

La cystographie retrograde : pas de reflux, vessie de bonne capacité, petit résidu.

Urethroscopie : petit résidu de 30 cm3, urines limpides, col irrégulier dont la lèvre postérieure s'abaisse bien aux efforts de la miction.

La conclusion apportée est celle d'une dysurie avec mictions très irrégulières en quantité (3 mictions diurnes, 1 miction nocturne portant le total journalier et normal de 1500 cc.) avec urines limpides et stériles.

La conduite à tenir est résumée dans cette phrase : rétention chronique modérée, surtout ne rien faire car problème psychique.

Et un traitement médical est institué avec désinfection urinaire discontinue, traitement antibiotique urinaire. Les consultations dans le service restent très fréquentes en 1969, mais l'attitude thérapeutique restera la même.

En Avril 1969, Madame F est hospitalisée dans un Hopital périphérique sur la demande d'un rhumatologue pour des douleurs osseuses associées à une insuffisance rénale. Au cours de cette hospitalisation on découvrit une syphillis pour laquelle elle fut traitée. On pratique des examens neuroradiologiques, encéphalographie gazeuse, gamma encéphalogramme, écho encéphalogramme montrant une asymétrie très modérée et des anomalies au gamma en regard des calcifications intracraniennes mais sans masse expansive. Elle est renvoyée dans le service de néprhologie.

Là, on refait une urographie avec cystographie mictionnelle, cystoscopie et urethroscopie sans trouver de choses plus notables mais des instillations au Nitragol sont prescrites pour deux mois.

En Juin 1970, elle est hospitalisée dans un service de rhumatologie pour arthrose cervicale, le traitement donné comprend Valium, Largactil et un traitement contre l'ostéoporose.

En Septembre 1970, le problème urinaire comporte des rétentions d'urines cédant spontanèment, la malade disant qu'elle ne peut pas uriner mais elle ajoute que cela est fréquent quand elle est nerveuse.

Il y a une dysurie permanente et la malade dit qu'elle a éliminé des graviers. La prescription médicale comporte des "sondages pour

faire plaisir à la malade" et l'envoi au psychiatre de service, devant cette persistance des troubles urinaires mais aussi arthrosiques ayant entrainé "une invalidité empêchant toute activité".

La lettre se termine par ceci : "Nous espèrons que vous pourrez améliorer cette malade, chose que nous sommes impuissants à faire maintenant vu l'échec des traitements chirurgicaux et médicaux".

Le psychiatre lui prescrit la poursuite du traitement anti-dépresseur et conseille une cure climatique. Elle part seule à la cure et là va faire une tentative de suicide en prenant du Nobrium. Elle explique son geste en disant que le psychiatre lui avait dit "qu'elle était fichue" si elle ne suivait pas son traitement et elle ne voyait pas d'amélioration dans son état physique, elle souffre toujours des reins et des os.

A la suite de cette autolyse elle revient à Paris et elle est adressée dans le Service. C'est la première hospitalisation en milieu psychiatrique.

Lors du premier entretien on sera frappé par l'aspect dysmorphique de cette femme, grande, épaisse, avec un gonflement et un élargissement de l'angle des deux machoires, avec une contracture des masseters de type fluxion dentaire, le visage triste, le ton de son récit monocorde, l'aspect dépressif de cette malade. Elle parle de trois choses qu'elle répètera de façon stéréotypée au cours de nombreux entretiens :

- elle est une enfant de l'Assistance Publique
- elle a fait de la Résistance
- elle a été opérée très souvent.

Mais au second plan elle dit que depuis un an elle ne peut plus rien faire chez elle, elle ne mange ni de dort plus à cause de ses voisins. Elle habite un pavillon avec son beau-frère, pavillon construit par les deux frères. Au début elle s'entendait bien avec ce beau-frère et sa femme, mais depuis six mois ils lui veulent du mal. Ils mettent la radio trop fort pour l'empêcher de dormir, ils jettent des boites de conserves dans le jardin, ils font exprès de la fumée qui vient dans leur maison, les enfants l'injurient et elle n'ose plus sortir de chez elle, ni rester à la maison car ils savent tout ce qu'elle fait.

Le lendemain de son entrée elle se plaint de rétention d'urines

et réclame un sondage car depuis ses opérations elle ne peut plus uriner, ou alors elle est obligée de rester debout et puis son médecin lui a fait un certificat disant qu'elle devait être sondée très fréquemment, ceci depuis le début de l'année 1969. Nous refusons le sondage mais la nuit Madame F parviendra à faire venir l'interne de chirurgie qui la sondera devant son tableau de douleurs abdominales. Après cet épisode, il y aura de la part de Madame F d'autres désirs de sondage que nous refuserons et cette attitude entrainera l'arrêt de cette demande de façon rapide.

Mais par contre elle reprendra le thème de ses douleurs osseuses au niveau des genoux, des hanches, de la face et nous l'avons adressé en stomatologie où elle fut suivie de nombreux mois durant son hospitalisation de plus d'un an dans le Service.

Pour elle l'apragmatisme, l'insomnie, l'anxiété qu'elle a depuis plus d'un an proviennent de ce qu'elle a compris en 1969 " Je suis inguérissable, ma vessie ne guérira plus jamais."

Dans la biographie de la malade, nous pouvons voir l'intrication des problèmes urologiques apparus en 1964 et des douleurs osseuses plus anciennes. Sur le plan organique, les différents spécialistes avaient noté l'aspect dysmorphique, les douleurs osseuses anciennes, l'existence d'une lithiase urinaire chronique en 1957, d'une hypophosphorémie, d'une grande note anxieuse et dépressive et ils avaient tenté d'établir un diagnostic permettant de recouvrir tous ces symptomes. L'hypothèse d'une hyperparathyroïdie avait été posée.

Mais l'absence de toute hypercalcémie et une biopsie osseuse normale ont fait récuser le diagnostic et la malade est "étiquetée" grande déprimée. Les investigations complémentaires en vue d'établir un diagnostic ont été nombreuses et Madame F a eu de multiples radios de la colonne lombaire, des U I V, des examens sanguins, des explorations endoscopiques, des interventions entrainant la conviction de la patiente qu'il y a quelque chose d'anormal.

L'hospitalisation dans le Service durera onze mois et les différents essais de traitement chimiothérapique par les neuroleptiques furent des échecs complets. Au début de l'hospitalisation on obtient peut-être une sédation de l'anxiété et une élimination des élèments interprétatifs mais sur le plan somatique les dou-

leurs persistent et changent de localisation selon la façon dont cette symptomatologie douloureuse est supportée par le spychiatre.

Nous n'avons pu voir le mari qu'une seule fois, bien qu'il vienne la chercher en permission toutes les fins de semaine.

A sa sortie en 1971, Madame F demande à aller dans sa famille en Bretagne en convalescence. Elle part donc chez sa soeur et la symptomatologie va recommencer ou plutôt persister. Moins de huit jours après son départ nous avons reçu une lettre de l'Hopital de Quimper nous prévenant que Madame F est hospitalisée. Les dernières nouvelles que nous avons eu de Madame F nous apprennent qu'elle est hospitalisée dans un service de médecine générale où elle a déjà été hospitalisée en 1968.

Le diagnostic posé durant l'hospitalisation de 1970 a été delui de délire hypochondriaque centré sur deux pôles :

- le problème ostéo-articulaire
- le problème urinaire.

Elle a eu des maladies somatiques et elle met ces symptomes en avant pour réclamer des hospitalisations incéssantes mais sur le plan organique pour les urologues et les rhumatologues, il n'y a pas de signe d'évolutivité. Le pronostic à envisager est très sombre, et nous ne voyons pas comment devant la chronicisation des maladies de Madame F, il serait possible de modifier son comportement et sa quête médicale.

Madame O entre dans le service pour des préoccupations hypochondriaques avec thymie dépressive en Février 1969.

A son arrivée dans le service Madame O est à peu près inintérrogeable en raison d'une préoccupation somatique exclusive. Elle assiège les médecins pour se plaindre de céphalées permanentes, d'angoisse, de déséquilibre, d'une angoisse au creux de l'estomac, réclamant sans arrêt une "dépasmation" électrique. L'attitude pour décrire la douleur est spectaculaire avec mimique, gestes de mains pour montrer la "spasmation" avec jérémiades dites sur un ton monocorde. Il n'y a rien d'autre que ses douleurs, le reste n'existe pas "Je suis seule au monde".

Ce sera essentiellement par le mari que l'on apprendra la biographie chargée de la malade et l'évolution après une quinzaine d'années de troubles qui ont déjà entrainés plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique.
Sur le plan somatique, il y eut de nombreuses interventions chirurgicales et plusieurs maladies dont la malade se sert pour expliquer son état et ses douleurs actuelles.
- En 1944 avortement suivi de salpingite et en 1945 appendicectomie.
- En 1946, pour des douleurs abdominales, néphropexie. "Un rein flottant; on a du l'opérer". Elle a encore actuellement des douleurs abdominales et "elle ne peut pas faire comme si elle n'avait pas été opérée".
- En 1958, hystérectomie totale.
- En 1963, cholecystectomie et le mari nous apprend " qu'elle a presque obligé le chirurgien à l'opérer".

Les épisodes médicaux comportent une hospitalisation pour hépatite prolongée à forme cholostatique qui a rapidement déjauni, suivie de troubles fonctionnels digestifs sans support organique, une pleurésie et un phlegmon de l'amygdale.

Les premières manifestations proprement psychiatriques remontent à 1958. Elle avait alors des manifestations qu'elle nommait "obsessions". Elle se trouvait anormale car les traits de son visage s'étaient modifiés, surtout les yeux. Elle se regardait sans arrêt dans la glace et obligeait son mari à vérifier avec une loupe son oeil où une petite tache blanche existait depuis toujours. Elle croyait avoir un cancer de l'oeil. Elle a consulté à cette époque un ophtalmologiste des Quinze-Vingt qui n'a rien trouvé d'anormal

puis un ORL qui a pratiqué deux infiltrations pour une névralgie du trijumeau. Il semble que ce soit à la suite de ces infiltrations que sont apparus ces phénomènes de spasmes au niveau du visage atteignant surtout l'hémiface droite.

Hospitalisée en 1963 puis en 1964 dans une clinique psychiatrique, le compte rendu que l'on a de cette époque note une symptomatologie hypochondriaque avec des épisodes dépressifs; et elle se présentait comme une déséquilibrée avec élèments hystériques et importants thèmes hypochondriaques. Arrièrée affective, elle supportait très mal sa situation de femme de naviguant, d'autant plus que l'entente entre les époux était loin d'être parfaite sur le plan conjugal. Elle eut comme traitement une sismothérapie et des antihallucinatoires.

En 1966 elle est hospitalisée 48 heures à Sainte Anne mais oblige son mari à signer sa pancarte et sort contre avis médical. Nous n'avons aucun renseignement sur l'état de Madame O durant cette période.

L'hospitalisation de 1969 a été motivée par les troubles du comportement qui avaient augmenté de façon très importante. Elle faisait des crises nerveuses très fréquentes avec des cris et des hurlements entendu des voisins, un apragmatisme total, une clinophilie et des crispations du visage, un excès de prise de médicaments. Son médecin souhaitait la faire hospitaliser depuis plusieurs mois mais Madame O refusait toute hospitalisation.

La biographie de Madame O sera exprimée de façon très réticente et très mythomaniaque. Les élèments qu'on obtiendra seront fournis par la mère, agée de 85 ans, et le mari.

Elle est née en 1921 en Bretagne. L'accouchement avait été normal. Elle était un peu nerveuse vers l'âge de 5 ou 6 ans et avait des crises de pleurs.
La famille se composait du père qui tenait un café; alcoolique, de caractère violent, il avait été marié une première fois et sa première femme était morte pendant la guerre de 1914, de tuberculose.

Il y avait aussi la mère et un frère, son ainé de 2 ans. Elle aimait beaucoup son père et assistera à sa mort dans des circonstances dramatiques. Le père avait une maitresse qui vivait au foyer et celle-

ci avait décidé de le quitter. Il l'égorge dans un accès de fureur et les gendarmes, appelés par la mère, abattent le meurtrier.

Elle avait alors 11 à 12 ans.

Elle continue ses études et de 18 à 22 ans elle travaille comme secrétaire chez un particulier, puis de 22 à 35 ans à la Sécurité Sociale.

Elle a arrêté tout travail en 1959 et se trouve en invalidité à la Sécurité Sociale.

En 1940, elle se marie pour la première fois, la séparation a lieu trois mois plus tard, car,dit-elle,son mari alcoolique la bat. De cette union elle a un garçon en 1940. Elle aura un second fils en 1943 dont le père est inconnu. Elle dit que le père est un résistant mais la mère et le mari soupçonnent fortement qu'il s'agit d'un soldat allemand en occupation en France. Le divorce fut prononcé au profit de son premier mari peu après la fin de la guerre. Elle s'occupera fort peu de ses deux enfants et les laissera à la garde de sa mère.

Elle va se remarier en 1954 avec son mari actuel qui reconnaitra le second fils. Son métier de naviguant l'éloigne plusieurs mois par an de France.

Elle ne parle jamais spontanèment de ces deux fils et on a la nette impression qu'elle ne s'est guère intéressée à eux. L'ainé, marié, est instituteur à Bordeaux (elle dit Professeur d'Université), le cadet est magasinier, célibataire, (elle dit ensemblier décorateur). Elle n'en parle que pour se plaindre, et dit être seule au monde et abandonnée, son mari navigateur étant son seul appui.

Elle est mystificatrice et mythomaniaque ; elle arrive à manipuler tout le monde autour d'elle : son mari en particulier, victime consentante dont elle a abusé pendant des années, se déchargeant sur lui des moindres travaux domestiques, dont elle dit : "C'est un ange, je voudrais tant guérir pour lui... je le ronge..."

Mais elle peut être aussi très virulente vis à vis de lui et le rend responsable de sa maladie: "Il aurait pu comme d'autres navigateurs abandonner son métier pour sa femme, en fait il s'y plait bien". Elle dit aussi "Puisqu'il ne veut pas arrêter de naviguer, je reste malade, je me soigne". Elle a peur d'être abandonnée.

L'hospitalisation durera six mois sans apporter de changement notable dans l'état de Madame O et elle sortira pour aller en cure à Chatel-Guyon avec son mari pour "ses intestins" en Juillet 1969.

Le diagnostic porté est celui "d'hypochondrie majeure, mais sans extériorisation d'une élaboration délirante systématisée, avec limitation exclusive des préoccupations à son corps ; elle s'est installée dans la grande invalidité dont elle tire de sérieux bénéfices.

Au départ de son mari, après les vacances, elle recommence sa quête médicale, sa consommation de médicaments, ses plaintes hypochondriaques et sera réhospitalisée d'Octobre 1969 à Août 1970, puis de fin SEptembre 1970 à Novembre 1970.

Lors de ces hospitalisations la symptomatologie reste la même. Elle cherche la pitié auprès de chacun de nous et essaye de manipuler le personnel soignant, demandant tous les jours que l'on change les médicaments ; lors des permissions de fin de semaine, elle va voir deux ou trois médecins, ou fait une provision de médicaments qu'elle ramène à l'Hopital pour les prendre en cachette.

Les circonstances extérieurs influent de façon très puissante sur ses troubles. Le 1er Mai, le deuxième fils se marie en Angleterre et elle désire assister à ce mariage. Si elle allait mieux, elle pourrait y aller, lui répondons-nous, et dans la semaine précèdant cette date, on assiste à une amélioration spectaculaire avec disparition des signes somatiques, spasmes, douleurs et une thymie normale. Mais on lui dit qu'elle ne peut pas aller seule en Angleterre, elle reprend dès le lendemain la symptomatologie douloureuse et ses plaintes.

Madame O est sortie en Novembre 1970 du service et a repris ses périgrinations de médecin en médecin, continuant ses malaises et réclamant piqure ou calmants.

On trouve dans cette observation les particularités notées dans la plupart des cas de syndrome de Munchausen. La quête affective, l'attention réclamée des médecins, les difficultés qu'elle crée dans le service avec le personnel soignant, la mythomanie et la falsification des récits, la prise en excès de médicaments avec des thérapeutiques personnelles. A un moment de l'hospitalisation cè problème lui a été posé : "Ou vous suivez nos prescriptions et vous restez ici, ou vous ne les suivez pas et vous sortez". 48 heures après,

Madame O vient nous voir, sur un ton dramatique nous dit : "Docteur, il faut que je vous dise, "je reste"".

Après sa sortie de Novembre 1970, elle reprendra sa quête médicale, sa prise de médicaments nombreux et essaiera de se faire réhospitaliser dans le service, son mari ayant repris son activité de naviguant. L'hospitalisation a pu être évitée et au cours de l'année 1971 Monsieur O a pris sa retraite. La reprise de la vie commune ne fut pas facile. Madame O ayant retrouvé une victime à domicile, a éssayé de le pousser à bout, achetant des médicaments pour des sommes éxagérées, voulant se faire hospitaliser en clinique privée alors que les ressources financières ont diminué. En particulier Monsieur O est propriétaire d'une ou deux maisons avec un petit terrain et lorsqu'il disait ne pas pouvoir dépenser tant d'argent pour telle ou telle chose, Madame O lui disait et disait au psychiatre qui la suit "Il n'a qu'à vendre et nous aurons de l'argent. Il est égoïste, il ne veut pas me soigner". Or Monsieur O est cardiaque et sait qu'après sa mort, aucun des deux enfants ne prendra sa femme en charge qui, si elle ne s'améliore pas, terminera ses jours hospitalisée.

Il semble qu'actuellement la situation conjugale s'améliore un peu et si Madame O continue ses démarches médicamenteuses et reste presque apagmatique à la maison, il est un élèment qui a changé. Nous avons dit que la biographie de Madame O avait été très difficile à établir et qu'elle-même avait dit fort peu de choses sur son enfance, en particulier le drame qui avait conduit à la mort du père que nous avons appris par la mère de 85 ans. Maintenant Madame O, soit à son mari, soit lors des consultations peut parler de ces évènements, ce qu'elle n'avait jamais fait auparavant.

Le diagnostic porté dans le service lors des hospitalisations successives, fut celui d'hypochondrie majeure . Ses plaintes somatiques aussi diverses et variables sautant d'un organe à l'autre avec la rationalisation "je ne peux pas faire comme si je n'avais pas été opérée", la durée d'évolution et la chronicisation des évènements, avec persistance chez elle d'une certaine plasticité.
L'égocentrisme avec l'absence d'investissements en dehors de son propre corps.
La mythomanie et la mystification sont importantes chez elle ainsi que son pouvoir de manipuler les gens qui l'entourent : dans le cadre

du service elle réussit à employer d'autres patientes pour des courses et se faire apporter des médicaments, elle évite aussi les quelques travaux communautaires qu'il faut faire dans le service.

Cette hypochondrie était-elle névrotique ou psychotique. Le diagnostic d'hystérie aurait pu être envisagé chez cette patiente, mais certains élèments sont très en faveur d'une psychose. L'épisode oculaire, sur lequel Madame O a été d'une discrétion comme beaucoup d'autres épisodes, bien sur, semble être du registre du délire. Elle se regardait dans une glace car son visage s'était changé, d'ailleurs les gens la regardaient et le voyaient bien. Elle demandait à son mari de regarder son oeil avec une loupe pour constater l'anomalie et dans le service si elle ne nous parlait pas de ces yeux, nous l'avons surpris plusieurs fois demander à ses voisines dans la chambre ou les couloirs, de regarder dans son oeil car "il n'était pas normal" il "avait quelque chose", il avait vu quelque chose.

Nous rapportons l'observation d'une malade qui a déjà été étudiée dans la thèse de Madame FOURNET. L'évolution de la maladie nous a donné de revoir Mlle D au cours d'une hospitalisation plus récente et de complèter sa biographie.

Mlle D est née le 6 Septembre 1925 dans un village de Bretagne. Son père était cultivateur. Elle le décrit comme un homme doux et affectueux avec ses enfants, manquant d'autorité. Elle lui trouvait un physique agréable "son nez était trop busqué, ce n'était pas un beau nez, mais il lui donnait de l'allure".
Sa mère restait à la maison pour s'occuper des enfants. "On ne voyait que par elle". La malade avait 14 ans quand elle est morte. Cette mort prématurée fut un grand choc pour elle. "C'était une mère poule, je l'aimais beaucoup aussi". Elle est morte de quelque chose dans le ventre, fibrome ou cancer, il vaudrait mieux que cela ait été d'un cancer car autrement elle aurait trop de remords, elle et ses frères et soeurs. En effet elle raconte que le médecin ne voulait pas que sa mère soit opérée "il n'aimait pas les opérations". Si les enfants l'avaient su, ils auraient demandé un autre médecin qui aurait peut-être dit de la faire opérer et sa mère aurait été sauvée.

Mlle D quitte l'école à cette époque. Elle ne travaillait pas bien, elle se sentait inférieure aux autres. Elle ne passe pas le certificat d'études. Dès l'âge de 11 ans, elle travaille à la ferme de ses parents. Elle est réglée à 14 ans. Après le décès de sa mère, elle part vivre pendant trois ans chez une tante et revient à 17 ans pour vivre avec son père. A l'âge de 19 ans, elle a sa première aventure avec un garçon de son âge, "j'étais tellement insouciante alors". Elle se découvre enceinte et la famille du jeune homme plus aisée que la sienne, s'oppose au mariage. "Ca m'ennuyait à cause de mon père, j'ai beaucoup souffert à cause de cela".

Lorsqu'elle a 20 ans, sa fille nait et à 21 ans elle part à Paris chez sa soeur, laissant sa fille en nourrice en Bretagne. Pendant 5 ans elle travaille comme employée de maison, puis à 26 ans, elle entre comme aide soignante à l'Assistance Publique. Son travail lui plait mais elle n'a jamais cherché à suivre des cours d'infirmière.

Son père meurt d'un cancer de l'estomac à cette époque. Mlle D est

alors agée de 27 ans. Sur le plan sentimental elle est restée isolée pendant quelques années après la naissance de sa fille "elle ne voulait pas se marier à cause de sa fille". De 20 à 30 ans elle n'a eu aucun rapport sexuel par peur d'avoir des enfants. A l'âge de 30 ans elle subit une hystérectomie pour kystes ovariens. Elle eut plus tard quelques aventures mais elle est frigide. "Maintenant ma fille me suffit, cela m'est égale d'être seule". Elle a une soeur à Paris et un frère et une soeur en Bretagne.

L'histoire de la malade

Elle se souvient d'avoir eu très jeune des préoccupations esthétiques. "Dès l'âge de 8 ans, j'avais conscience que j'avais un nez qui ne cadrait pas avec mon visage. J'aurai voulu avoir un visage rond avec un nez rond". Ses camarades se moquaient d'elle à l'école. Elle enviait sa soeur ainée qui était jolie et avait beaucoup de succès. Plus tard son nez devint un constant souci. "Je n'étais pas comme j'aurais aimé être. Je regardais mon nez dans la glace pour savoir s'il ne changeait pas de forme. Il était toujours le même, trop long, disgracieux".
La description de son nez est imagée. "Il était trop long, pointu, dévié. Il s'en allait de travers avec une grosse bosse dessus et de grosses narines très larges... ça me donnait l'air triste. A quoi ça sert d'être coquette. Ca me gênait dans mes rapports avec les autres. J'étais timide, je me sentais inférieure aux autres. Cela me donnait le cafard ". En racontant cela, elle ajoute maintenant "Je crois que je dramatisais quand même".

En 1959, âgée de 34 ans, elle consulte le Professeur A à l'Hopital. "On se moquait de moi avec mon nez". "Si je l'avais trouvé normal je ne l'aurais pas fait opérer". Elle insiste sur le fait que c'est une de ses collègues de travail qui l'a poussée à aller consulter, qui a même pris le rendez-vous avec le Professeur A, ajoute-t-elle, "ça c'est enchainé".

Lors de la dernière hospitalisation en 1970, elle nous dira qu'elle savait que cette opération serait ratée, car elle avait rêvé deux nuits avant d'aller se faire opérer que cette intervention ne l'améliorerait pas. "Il aurait mieux vallu que je me casse la jambe en allant me faire opérer".

De 1959 à 1965, elle subira six interventions esthétiques qui ne la satisferont jamais et consultera de nombreux Otorhinolaryngologistes. A la suite de son hospitalisation d'un an en Hopital psychiatrique, elle continuera sa quête chirurgicale se faisant opérer une 7ème fois en 1968. Rapidement à ses proccupations esthétiques anciennes se substitueront des idées délirantes qu'elle expose avec complaisance.

En Août 1959 c'est la première rhinoplastie à l'Hopital. Cette première intervention avait, dit-elle, pour but une amélioration esthétique. "J'étais en très bonne santé. Ce n'était que l'extérieur . Mais l'intervention est ratée au point de vue esthétique. Son nez est recroquevillé avec un trou dans la narine. On a resserré à l'intérieur pour cacher ce qui n'était pas beau."

En 1960 elle subit une deuxième intervention dans le même service. Après celle-ci, elle sent "une fistule à gauche... de mon nez il coule du liquide cephalo-rachidien".
Dès cette époque elle oublie ses préoccupations esthétiques et ne pense qu'à faire disparaitre ses douleurs qui "l'obsèdent". Ses jours de congé se passent à courir les consultations. Elle ira à la consultation du Professeur A tous les vendredis, plus tard elle s'adresse à des ORL et cherche d'autres chirurgiens qui accepteraient de l'opérer.

La troisième opération sera faite pour"boucher la fistule". Mlle D préoccupée par ses douleurs internes cherche auprès du chirurgien un soulagement à celles-ci. Mais elle dit "Le chirurgien s'occupait de l'extérieur, ce ce qu'il voyait, il ne s'occupait pas de l'intérieur où il y avait quelque chose qui me gênait. Je le suppliais de m'enlever un cartilage de la cloison. Il m'opérait quand même mais il ne faisait rien, il recousait... Une fois il a cherché un poil parce que j'avais une fistule. Pour moi c'était un point beaucoup plus précis. Je lui disais d'essayer de voir... c'était le cartilage de la sous-cloison".
Les symptomes s'aggravent ensuite et sont décrits avec détails et mimiques : "L'os de la sous-cloison est infiltré à la pointe du nez. Il serre et soulève le nez en l'air qui fait un bourrelet. La gêne ressentie est très douloureuse, comme un doigt tordu. De ma fistule il sort toujours du LCR. J'ai alors mal à ma colonne vertébrale qui s'est compressée parce que le LCR sortait. Mon nez ne pouvait s'allonger, il appuyait contre les sinus et faisait sortir

le LCR".

En 1961, à la suite de la 4ème intervention, elle sent une bosse qui pousse. Une consultation psychiatrique lui est proposée mais elle la refuse.

En 1963, "j'ai eu une 5ème intervention. Le chirurgien m'a opéré sur le dessus du nez. Il a enlevé des cartilages mais le nez est toujours bloqué par la sous-cloison...J'ai eu ensuite de plus en plus mal à ma colonne, mon nez s'allonge et tire comme s'il allait s'arracher". Elle note ensuite que la sensation d'arrachement du nez diminue, mais ". . je sens alors que mon nez meurt, que sa circulation s'arrête".

Elle consulte à La Pitié pour des douleurs vertébrales.

En Août 1964, elle abandonne ses visites hebdomadaires auprès du service du Professeur A, celui-ci ayant refusé de l'opérer, et trouve un chirurgien qui accepte de l'opérer pour la 6ème fois. "On m'a réduit le bout du nez". Elle se sent mieux pendant une semaine, puis les os se sont étendus, son nez est encore plus serré qu'avant, le cartilage s'est pincé pour donner de la place de haut en bas. "Mon nez me tirait sur le palais..."
Elle se pose dans le nez des pansements occlusifs. Puis "l' arête du nez s'affaisse en demi-cercle, mon nez s'enfonce de plus en plus dans les sinus..."
Les douleurs cervicales sont importantes "Le LCR diminue et les vertèbres cervicales à droite se tassent. Ma tête est congestionnée, mon nez venant dans les sinus entraine une douleur aigue. Ma nuque est sans circulation. Ma tête est un organe mort, je me tape sur la tête pour être sure qu'elle est là".

En Janvier 1965 elle est hospitalisée en clinique psychiatrique pendant un mois et demi, où elle subit 9 narcoses : "mon nez s'enfonce dans les gencives, il se casse en deux morceaux, si les narcoses apaisent ma souffrance, mon nez pousse dans le palais..."

A sa sortie, elle retourne voir de nombreux ORL.

En Août 1965 elle est opérée pour la 7ème fois,en clinique. "On m'a soulagé les sinus en m'enlevant l'os qui piquait et deux cartilages qui se croisaient, mais on ne m'a rien enlevé en haut, alors c'est pareil..."

Après avoir continué pendant une longue période à travailler, en se rendant en taxi à son bureau pour éviter le regard des passants, progressivement elle se confine chez elle, se refusant à aller faire les courses les plus indispensables pour, finalement, pendant les deux mois précédant l'hospitalisation à Sainte Anne, ne plus quitter du tout sa chambre et son lit, se plongeant pendant des heures dans la contemplation de son miroir.

Son insatisfaction à l'égard des chirurgiens ne porte pas sur le facheux résultat des interventions, mais sur le fait que les chirurgiens la considèrent comme une "mentale".

"Je ne lui en veux pas pour l'intervention ratée, je lui en veux parce qu'il ne m'a pas crue, qu'il a pris ça pour quelque chose de psychique. On croyait que je me faisais des idées, on n'a plus voulu m'écouter. Les apparences étaient sauves (l'aspect extérieur de mon nez) on a arrêté de s'occuper de moi. Moi j'étais tendue, serrée, la tête dans un étau, comme s'il n'y avait pas de circulation; la machoire est bloquée, cela me provoque des contractures, c'est insupportable. C'est une souffrance continuelle."

Survient alors un épisode infectieux de la face et elle est hospitalisée à Ivry. A sa sortie, elle accepte une consultation à la Clinique de Sainte Anne car elle désire se faire hospitaliser pour prouver l'organicité de ses troubles. Au cours de cette hospitalisation le tableau clinique est dominé par une anxiété très vive et des manifestations dépressives avec idées suicidaires : "Si les médecins ne peuvent rien pour moi, si on ne peut pas m'opérer, je préfère disparaitre".
Les préoccupations concernant son nez sont le thème unique des entretiens. L'hospitalisation va durer près d'une année, pendant laquelle les idées délirantes hypochondriaques persisteront, résistant au traitement neuroleptique, à la sismothérapie et à toute approche psychothérapique.

A sa sortie en Juin 1966, Mlle D proclame son intention d'aller revoir le chirurgien esthétique car son nez n'est pas guéri. "Mon nez est comme un ressort bandé qui ne peut se détendre". On note encore à cette époque un risque suicidaire.

Depuis 1966, les consultations d'ORL restent toujours très fréquentes.

En 1968 une reprise des interventions se produit, elle subit l'ablation d'un cartilage nasal. Les prescriptions médicales sont nombreuses : infiltrations de Novocaïne autour du nez et dans les gencives par exemple; elle-même se faisait des lavages des alvéoles et des infiltrations de serum physiologique sous cutanées contre les douleurs généralisées. Elle se fait également elle-même ou fait faire par sa fille, des infiltrations dans les genoux, les chevilles, les poignets, le palais car "tout était ankylosé, desséché, je suis comme un cactus".
L'isolement est quasi complet, elle vit en recluse et n'a repris aucune activité. Elle sort seulement pour aller consulter et les seules visites qu'elle reçoit sont celles de sa fille (aide-soignante qui lui apporte le serum physiologique nécessaire aux injections. La nuit elle souffrait de façon incroyable "Lorsque je remue les articulations des doigts, cela me retentit dans tout le corps, tout le squelette, c'est osseux... c'est comme si on me torturait."

En 1969, Mlle D se fracture la jambe gauche qui sera opérée avec ostéosynthèse et la façon dont cet accident est raconté par la malade mérite d'être rapporté : "J'étais sèche, tout se desséchait rien n'était imprégné, j'étais arrivée à un tel point de souffrance et on refusait de m'opérer... Il fallait qu'il m'arrive quelque chose et je savais qu'il allait arriver quelque chose, et je me suis fracturée la jambe. Cela m'a beaucoup soulagé, cela m'a donné un bienêtre dans le corps, cela l'a décontracté, autrement je ne sais pas ce qui aurait pu se passer, j'étais au bout du rouleau".

La fracture de la jambe fut donc vécue comme une solution à un état d'anxiété. A la suite de cette fracture qui nécessite une nouvelle intervention, il y eut une sédation des idées prévalentes sur le nez et des douleurs intolérables. Toutefois, au cours de l'hospitalisation de 1970, elle nous dira combien elle souffre de sa jambe "car les vis sortent de l'os et cela la fait terriblement souffrir".

Etant retournée voir, en 1970, un des ORL qui l'avait opérée au début, celui-ci lui demande de consulter à nouveau à Sainte Anne elle est alors réhospitalisée. Lors de cette nouvelle hospitalisation, la symptomatologie est identique "les cartilages sont enchevêtrés, entremêlés, cela vient de l'intérieur, cela ne se voit pas

de l'extérieur, tout est desséché, seuls les yeux sont vivants". "Ca me gêne toujours autant, tout est contracté, tout est bloqué. Il y a des cartilages qui ressortent au fond de la gorge, ça tire, ça me blesse. Le cartilage voudrait ressortir par le bout. Il y a de la place pour 10 cm où en met 20. C'est trop étroit pour contenir ce qu'il y a. Mon nez contient le cartilage ressequé, et on a resserrépour le rentrer au lieu de le sectionner... On n'a pas bien compris ce qui se passait sinon on l'aurait fait."

Il y a une extension à tout le corps de ce "dessèchement" et si elle accepte de se faire hospitaliser c'est qu'on lui a dit qu'elle pourrait avoir des perfusions pour la réhydrater...

Elle insiste sur les bienfaits du serum qu'elle s'injectait elle-même entrainant une réaction générale, ce qu'elle attendait, et sur l'originalité de son cas. "Mon cas est unique, j'ai été montrée en salle de cours à des étudiants et au Professeur DELAY, c'est donc que c'était pas banal".

Après une amélioration passagère pendant laquelle une petite occupation est reprise dans le service, mais sans aucune critique des idées, les troubles redeviennent très aigus. Ils s'accompagnent d'une agressivité vis à vis de tout le monde, mêlant une auto-agressivité avec idées suicidaires et essai de passage à l'acte et une agressivité envers les médecins qui refusent de l'opérer. " Vous faites des expériences, c'est un véritable martyre, je vais y laisser ma peau, vous pouvez faire n'importe quoi je ne peux plus réagir, on devrait me faire une piqure pour en finir".
Elle se promène dans le service s'appuyant sur un gros bâton et utilise un morceau de branche coudée pour illustrer son nez. "Il y a un espace, on pourrait y passer quelque chose".

On en arrive à perfuser Mlle D, mais elle pense que c'est trop tard. "Je ne suis plus en état de les supporter, je suis trop énervée". On propose finalement une leucotomie préfrontale qui est pratiquée le 13 Septembre 1971.

Cette nouvelle intervention chez cette polyopérée avait été envisagée par elle comme la possibilité de démarrer, de décontracter les nerfs qui la faisaient souffrir au niveau du nez et de l'ensemble du corps.

Voici le compte-rendu opératoire :
"Destruction par Yttrium 90 au niveau du centre ovale en regard du genou du corps calleux. La destruction correspondante doit toucher la substance blanche frontale de 15mm à 38-40 mm de la ligne médiane de chaque côté sur 2 cm de hauteur. L'opérateur a été très intrigué par une sensation de résistance très anormale lors de l'introduction du trocart au niveau de l'hémisphère gauche".

Divers examens seront faits, recherchant la cause de cette anomalie peropératoire mais rien se sera retrouvé. Il n'y aura, selon l'observation neurochirurgicale, ni syndrome déficitaire moteur, ni syndrome frontal léger en post-opératoire. Un mois après l'opération, Mlle D nous dira : "L'opération m'a tranquillisée, mais il n'y a rien de changé pour le nez, rien n'a agi sur le nez, seulement sur l'ensemble du corps. Ma tête est ankylosée, tout est bloqué autour de mon nez".

A la fin de l'année 1970 Mlle D est préoccupée par son nez mais aussi par son avenir matériel, ses possibilités de travail et le problème de sa reprise à l'A.P.. Elle est maintenant en arrêt de travail depuis 10 ans et est anxieuse à la pensée qu'elle pourrait sortir de l'hopital. La demande opératoire reste la même pour son nez et ses douleurs "ça pourrait être psychique, mais ca a été prouvé que non. Si on ne me croyait pas ce n'est pas la peine de m'avoir demandé de venir. Est-ce qu'on me réopèrera ?".

Par la suite au cours d'autres entretiens elle parle beaucoup de sa mère et de la mort de celle-ci.
"Si on l'avait opérée, elle ne serait peut-être pas morte". Elle explique qu'elle se sent bien quand elle est couchée dans le lit "recroquevillée comme si j'étais un oeuf dans l'utérus de ma mère".

Elle nous dira aussi qu'elle fait des cauchemars affreux qui sont toujours les mêmes depuis des années. Ces rêves concernent soit son nez, soit le chirurgien. "Le chirurgien est devant moi, il court et je lui cours après avec un bâton. Il tombe dans un précipice et moi aussi, il y a toujours le même rapport, toujours le même genre. Ce sont toujours des choses très compliquées qui ne peuvent pas s'arranger".
Elle dit aussi que "tout continue comme autrefois, sans aucun changement... elle pourrait alors habiter chez elle et recommencer

à aller voir des médecins, ORL, chirurgiens, comme autrefois".

Au total, voilà une malade polyopérée qui, hospitalisée pour cette raison une première fois en milieu psychiatrique, sort de l'Hopital pour de nouvelles interv tions. Réhospitalisée, elle subit à la demande des psychiatres, une nouvelle intervention. Son premier désir après cette intervention, est de reprendre son périple chirurgical..

Au cours de ses hospitalisations, on note que les idées d'abord prévalentes sur le bouleversement global de l'architecture du nez envahissent l'ensemble du schéma corporel. Il s'y ajoute des tendances dépressives avec idées de suicide, et une conviction délirante chronique.

Le diagnostic posé est celui de délire hypochondriaque avec élèments paranoïaques, avec aussi des traits hystériques : il persiste dans son expression un certain exhibitionnisme.

Mlle Y, agée de 29 ans, est hospitalisée en Novembre 1970 à la Clinique de l'Hopital Sainte Anne, pour raptus anxieux s'accompagnant de lipothymies. Les troubles, ou tout au moins leur décompensation, paraissent succèder à la 6ème intervention qu'elle a subie sur le nez pour motifs "esthétiques".

Son histoire est la suivante :

Cinquième enfant d'une famille de 10 (dont deux soeurs décédées en bas age), elle a été élevée dans un milieu ouvrier, avec ses trois frères ainés, une soeur fausse jumelle, un frère et deux soeurs plus jeunes.

Le père, alors agé de 62 ans, est un ouvrier au caractère aggressif, la mère, 64 ans, obèse et handicapée par ses jambes variqueuses, "n'avait pas le temps de s'occuper de nous".

L'enfance se déroule sans évènements marquants, dit-elle. Mais c'est alors qu'elle a 8 ou 9 ans que son père lui fait une remarque sur son nez. Elle s'en souvient très bien. Le père a dit "Ton nez est comme une boite de corned-beef". Elle a été choquée de cette remarque. Elle savait que c'était un produit de charcuterie qu'on vendait pendant la guerre. Son nez commence à lui poser des problèmes mais "cela passait, ce n'était pas devenu un complexe". A 14-15 ans, elle dit "Je me suis aperçu que j'avais un gros nez, c'était vrai", et la préoccupation obsédante sur son nez s'installe.

La scolarité la mène au C.A.P. de couturière, mais elle ne continue pas car ce métier ne lui plait pas, elle s'engage comme employée de bureau et à 18 ans travaille dans un bureau. Elle va apprendre la sténo-dactylo seule ce qui lui permettra de prendre un travail de secrétariat à partir de 21 ans. Dans son travail elle se montre scrupuleuse et perfectionniste.

A 23 ans, elle s'estime exploitée dans le bureau où elle est et va changer pour une autre maison, où elle va travailler un an et demi. Ensuite elle prendra un travail intérimaire. Le choix de son travail est lié à ses problèmes opératoires car à 24 ans elle subit sa première intervention, la seconde lui est proposée car le résultat n'est pas bon, nous le reverrons. Elle décide donc "S'il faut que je me fasse réopérer tous les six mois, je prendrai un travail intérimaire".

Le problème esthétique devient à partir de 18-19 ans très préoccupant pour elle, mais en 1960 les interventions esthétiques ne sont pas si faciles et elle ne demande pas à ce moment à se faire opérer bien qu'elle y pense déjà. "A 18 ans, quand j'aurai un peu d'argent, je me ferai refaire le nez"

A 22 ans, elle part de chez ses parents, "Il n'y avait pas assez de place" dit-elle.

A 24 ans, en 1966, ayant rencontré une amie de sa soeur qui a eu une intervention nasale et qui dit en être contente (par la suite on verra que ce n'est pas tout à fait vrai), Mlle Y va voir le chirurgien qui a opéré cette jeune fille.
L'intervention a lieu en Juin 1966, en clinique, elle reste 2 jours à la clinique, et se rend compte dès qu'elle voit le plâtre sur son nez que celui-ci n'est pas symétrique, donc "mon nez était loupé".

Lorsque le chirurgien enlève le plâtre il lui dit qu'il y a une retouche à faire, qu'il faudrait la faire dans deux mois.

Actuellement les reproches adressés par Mlle Y au premier chirurgien son nombreux. "J'ai été opérée par ce chirurgien qui m'a complètement loupé quatre fois. Il a été trop vite pour m'opérer. Il m'a opéré tout de suite, il n'a pas du tout cherché à étudier mon visage. Il ne m'a rien expliqué, il a fait ça en deux coups de cuiller à pot. ."

Cette première opération a eu lieu sous anesthésie locale. "Les piqures, ça fait très mal, surtout dans le nez, c'est un mauvais moment à passer et puis après cela va mieux". "A cette première intervention j'ai vomi tout plein de sang, le chirurgien me disait de l'avaler".

Elle reproche à la clinique de ne l'avoir pas gardée plus longtemps. Au bout de deux jours elle a du rentrer dans sa chambre avec son plâtre. Elle n'avait pas dit à ses parents qu'elle se faisait opérer, elle voulait leur faire la surprise. Elle aurait voulu qu'on lui "fasse un nez comme il aurait du être", or son nez était raté, même après l'opération. Elle reproche aussi autre chose au chirurgien : "Il faisait de la publicité dans les catalogues, c'est après que je m'en suis aperçu, je ne le savais pas. Quand on est une bonne maison on ne fait pas de publicité".
Elle se renseigne aussi sur la possibilité de la deuxième intervention

prévue dans deux mois, mais elle lit (elle lira beaucoup et parlera d'élèments anatomiques du nez de façon précise) qu'on ne peut réopérer que six mois après.

A la suite de cette première intervention elle se sent très compléxée. Elle ne sort plus de chez elle, "je suis devenue anxieuse, toujours à cause de mon problème, je me regardais souvent dans la glace". Elle a de plus, des difficultés respiratoires, elle ne peut respirer qu'avec une seule narine. Elle apprend alors que l'amie qui avait été opérée par le même chirurgien avait, sur le plan fonctionnel, des difficultés respiratoires. Elle était obligée de se mettre plusieurs fois par jour de l'huile goménolée dans les narines, mais sur le plan esthétique elle était contente. Mlle Y dira de cette jeune femme "elle était d'origine... je ne sais plus, avec un nez proéminant ! Juive? Quelque chose de rapprochant."

La deuxième intervention a lieu six mois plus tard. L'opération l'a rendue très anxieuse. "J'ai attendu dans un cagibi à côté des douches, puis on m'a mis directement sur le billard et il m'a charcuté sous anesthésie locale; il m'avait mis un chiffon sur le nez pour ne pas voir... Il m'a laissé sortir, le nez pissait le sang. J'en avais plein le manteau, plein moi. Je suis rentrée chez moi tout de suite. Cette intervention a entrainé la déviation de la columelle, c'est ça, (me le montre du doigt) il avait opéré comme ça, sans s'en occuper".

Après cette intervention elle reprend le travail, mais elle pleure au bureau sur son nez loupé. Cette intervention sera suivie d'une troisième six mois plus tard et d'une quatrième par le même chirurgien.

Durant les temps intermédiaires, elle travaille comme secrétaire intérimaire mais avec des périodes de chômage. Il lui est nécessaire aussi d'aller faire des soins locaux chez son chirurgien. Le chirurgien lui faisait des piqures dans le nez pour décongestionner. Il fallait qu'elle apporte des seringues. Et durant toute cette époque, va se développer chez Mlle Y un attachement important pour le chirurgien, elle se renseigne sur sa vie privée, elle connaitra par une amie le prénom de sa femme, de ses enfants et bien que mécontente des résultats au niveau de son nez, elle se fera encore opérer deux fois par lui. Des échanges de lettres ont lieu et il semble bien

qu'un épisode érotomaniaque puisse être noté pour cette période.

Elle retournait voir le chirurgien trois fois par semaine pour des pansements, des mèches, des injections. Elle a du acheter ses seringues et devait nettoyer celles-ci chez elle. Ceci a duré près d'un an. Elle pense aussi que le chirurgien a voulu un jour l'embrasser.

La troisième intervention aura lieu six mois plus tard pour arranger la columelle. Là, elle reste hospitalisée trois jours à la clinique. L'intervention se passe sous anesthésie locale. Le chirurgien lui dit que son nez était bien alors que c'était "archifaux". "Il m'avait presque retiré tout le cartilage du nez. Donc à droite c'était déprimé en trou, alors qu'à gauche il y avait trop de cartilage et il y avait une bosse. Il m'a mis un drain dans le nez et quand l'infirmière me l'a enlevé, il ne fallait pas, ça saignait, ça saignait".
Les difficultés respiratoires augmentent, elle ne peut plus respirer par le nez et doit respirer par la bouche.

La 4ème intervention a lieu en Juillet 1967, la relation est beaucoup plus succinte. "Je ne m'en souviens plus. Il m'a fait hospitaliser, il m'avait endormie. Quand on m'a enlevé le plâtre, c'était resté tel quel, c'était comme si il ne me disait pas la vérité". Elle pense qu'il ne lui a rien fait.

Le problème financier est à envisager car Mlle Y nous dira qu'elle n'a pas payé ses interventions. Il semble bien en fait que ces opérations esthétiques se fassent à crédit. Elle a versé 700 francs en entrant la première fois à la clinique et le reste 1100 francs devait être payé à tempérament. Or si pour la première elle a payé 700 francs, pour les autres interventions elle n'a rien payé. "Tant que je n'aurai pas satisfaction, je ne paierai pas". Cette absence de paiement des honoraires a entrainé un échange de lettres entre le chirurgien, la clinique et elle, avec la proposition de la réopérer pour qu'elle soit satisfaite du résultat.

Mais à la suite de cette 4ème intervention les relations se détériorent entre eux. Elle se plaint d'avoir été mal traitée : "On m'a fait des opérations sans aucune préparation, c'est la faute du chirurgien qui a essayé quatre fois de refaire ce qu'il m'avait fait.

J'avais confiance dans ce médecin, mais après il m'a retiré sa confiance, je veux dire que je lui avais retiré la mienne".

Elle décide de changer de chirurgien. En 1968 elle veut prendre rendez-vous avec un chirurgien renommé dont elle a entendu parler ou dont elle a lu les livres, mais décide d'aller à sa consultation hospitalière. Ce chirurgien la voit dans le cadre d'une consultation "il explique à ses élèves ce qu'avait mon nez. Je n'avais plus de muqueuses d'un côté et trop de l'autre. Enfin j'avais très bien compris ce qu'il voulait me dire".

Elle fut hospitalisée 10 jours, et sur le plan honoraires, elle fut prise en charge par la Sécurité Sociale et cela ne lui a rien coûté. "Ce chirurgien répare beaucoup d'interventions ratées. Avec lui, ça c'est bien passé. On voyait moins la bosse à gauche. Il a essayé d'enlever la bosse et m'a mis un bout de cartilage qu'il a prélevé derrière l'oreille et me l'a mis dans le nez à droite. Ca faisait encore une bosse. Il a eu du mal, c'était tellement dans un état... Le cartilage était très près de la peau. Il avait du mal à me faire quelque chose de bien. Ce n'étais pas ce que j'attendais mais il y avait une amélioration".

- Quelle était la date de votre opération ?
- J'ai eu deux opération par le Professeur P mais je ne me souviens plus. Le Professeur P n'était pas très chaud pour m'opérer.
- Comment l'avez-vous décidé ?

Mlle Y sourit, mais dit :

- Je ne sais pas. Mon but était de me faire opérer pour être débarassée après. Alors si je disais cela (déprimée) il ne m'aurait pas opérée.

En effet, après la deuxième opération pratiquée à l'Hopital par le Professeur P, il lui dit qu'il ne fallait plus toucher à son nez. Or on voyait encore les cicatrices et Mlle Y lui demande encore de l'opérer. Le Professeur P lui a dit qu'on pouvait juste envisager un petit parage plus tard, mais surtout il l'avait adressé au psychologue du service dès 1969, afin d'envisager de résoudre le problème qui lui semblait beaucoup plus sur le versant psychologique.

Mlle Y explique sa visite chez le Professeur P en disant : "La 1ère

fois que j'ai vu le Professeur P. j'étais juste venu lui demander un avis pour savoir s'il était possible de faire quelque chose ou pas. J'espèrais une amélioration car je ne respirais plus. La première opération a diminué la bosse, mais sur le plan respiratoire il n'y avait pas d'amélioration et c'est là qu'il m'a opéré une seconde fois. Et il m'a adressé à un autre médecin pour mon moral car il m'avait dit que si j'avais le moral, il voulait bien m'opérer".

Ceci se passe à la fin de l'année 1969, et ainsi elle trouve un refus à sa demande opératoire et en 1970 , s'installe progressivement une sensation de fatigue, de lassitude. Elle entreprend de nombreux projets mais ne termine rien "Je voyais que c'était loupé, que c'était fini pour moi. Je ne pouvais plus parler de mon nez".
Elle revient de vacances fatiguée, et va se reposer en convalescence chez sa soeur jumelle, mariée. "Quand je suis rentrée dans ma chambre, je me suis aperçue que j'étais seule et qu'il n'y avait pas d'amélioration pour mon nez".
Elle ne travaille pas, elle ne parvient plus à faire son ménage, ne sort pas, reste une semaine sans manger car la bouteille de gaz est vide.
Elle se présente à un concours pour entrer à l'A.P. mais se trouve mal placée, entend mal les questions posées "J'étais absente en passant ce cours, j'avais l'impression d'avoir les jambes paralysées. Je sentais que ça n'allait pas". En sortant du concours elle pleurait "Je demandais mon chemin aux gens car je ne me reconnaissais plus. Je ne savais plus quel chemin prendre".

Quelques jours plus tard elle va acheter une valise au Printemps "J'avais l'intuition que j'allais rentrer à l'Hopital" ou plutôt elle veut aller dans le service du Professeur P car depuis plus de onze mois elle ne l'a pas vu et elle veut être opérée. Elle s'évanouit dans le magasin. Elle décrit le malaise débutant par des maux de tête, suivis d'oppression thoracique et de sentiment de mort imminente. Elle est transportée par Police Secours à l'Hopital où son comportement va entrainer l'hospitalisation à Sainte Anne. En effet, elle se plaint de malaises divers, l'impression d'être paralysée, de baisse de l'acuité visuelle, elle supporte mal la proximité des autres malades et l'hospitalisation.

Dans le service de la Clinique l'évolution suivie pendant plus de six mois d'hospitalisation se fait vers une amélioration progressive. Parmi les examens complémentaires pratiqués, l'EEG est normal. Les tests montrent :"niveau intellectuel légèrement inférieur à la moyenne. Le déficit portant essentiellement sur le mobilisation de l'attention, La productivité et le fonctionnement mnésique est vraisemblablement en rapport au moins partiellement, avec la thérapeutique actuelle.

Les données recueillies aux épreuves de personnalité ont un caractère pathologique et évoquent une organisation des troubles sur un mode psychotique. Outre une composante hystéroïde, on observe des signes d'hypersensitivité et de rigidité, des traits de méfiance et surtout des élèments d'allure paranoïde : bizarrerie de pensée et d'interprétation liée à une appréhension inadéquate et autistique de la réalité; troubles du jugement, tendances interprétatives.

A noter également une composante hypersthénique favorisant le passage à l'acte." Peu à peu elle se sent moins fatiguée, moins angoissée. Elle reprend des activités, d'abord dans le cadre du Service, puis à mi-temps l'après midi. Cependant elle trouve son travail de secrétaire inintéressant, fait de nombreuses fautes de frappe. Elle voudrait faire du théatre. Elle a toujours le problème de son nez à résoudre, ses préoccupations dysmorphophobiques restent inchangées : elle explique avec beaucoup de détails ce qu'il faut faire à son nez, discute de détails anatomiques, elle veut retourner voir le Professeur P.
Elle sort de Sainte Anne fin Mai 1971 et est suivie régulièrement depuis. L'amélioration porte uniquement sur l'adaptation professionnelle qui est meilleure malgré un certain apragmatisme et sur l'angoisse qui est moindre.

Sur le plan professionnel, il y a une désadaptation certaine. Lorsqu'elle était hospitalisée de nuit, au début dans le travail il n'y avait aucun rendement, puis progressivement il y a une amélioration mais sa profession de secrétaire intérimaire l'expose à une instabilité permanente à laquelle son peu de rendement professionnel s'ajoute et il est fréquent qu'elle soit convoquée pour un travail et qu'au bout de 48 heures elle soit mise à la porte.

Elle a aussi un problème de logement, sa chambre est toute petite, ce qui l'empêche dit-elle, de tricoter... ou de faire de la couture.

Elle avait envisagé de déménager mais était très déréelle dans sa recherche d'appartement, elle attend que quelqu'un lui propose un appartement. Elle a très peu de relations. Elle aime la solitude et préfère parfois travailler seule ou avec le moins de personnes possible. Elle s'intéresse à la musique classique, à la photographie et à la couture qu'elle ne peut pas faire, c'est trop petit. Elle n'a pas d'amis et à 29 ans n'aura eu encore aucun rapport sexuel. Elle n'a jamais envisagé de se marier "elle avait le temps", "elle n'y a pas pensé". Il y a un déni total de la sexualité. Elle supporte mal son époque "Il n'y a plus de respect pour les personnes agées" "actuellement on ne fait pas de monuments, on ne fait qu'entretenir".

Ses relations affectives sont très reduites. Il y a peu de temps son beau frère a été opéré de ce que l'on croyait être un cancer et lorsqu'elle nous raconta cet évènement c'est de façon très détachée. Elle va de temps en temps dans sa famille mais ses parents ne s'intéressent pas à son nez, sa seeur jumelle à laquelle elle peut parler lui a dit de ne plus se faire opérer. Ses parents ont'actuellemant la charge de leur petite fille, la mère est la plus jeune soeur de Mlle Y. Cette jeune femme, mère célibataire, est instable, psychopathe et n'arrive pas à s'occuper de sa fille. Mlle Y s'occupe de cette nièce lorsqu'elle est chez ses parents.

Lorsqu'elle n'a pas de travail par son bureau d'intérim, ce qui est fréquent,elle dort douze heures la nuit et des après-midi entières "pour ne pas penser, pour faire passer le temps". Elle lit des livres de psychologie et de psychanalyse et dit à ce moment là "Il y a un moment où il faut quitter ses parents". Elle s'intéresse à d'autres livres aussi "Je dois savoir ce qu'il y a pour mon nez. Je suis tombé justement sur un livre de chirurgie esthétique. J'ai essayé de comprendre ce que le Professeur P m'avait fait et s'il n'est pas possible de faire quelque chose de mieux".

A la dernière consultation, Mlle Y nous a dit être retournée auprès du Professeur P qu'elle n'avait pas vu depuis plus d'un an. Elle lui a dit que le moral était bien et qu'elle voulait tenter une dernière fois, qu'il fallait râper la cicatrice. Le Professeur P a essayé de repousser cette inéervention et lui a dit que celle-ci

risquait d'entrainer un trou dans la narine. "Alors, je n'ai plus rien dit... Moi j'ai dit que j'irai jusqu'au bout" " J'ai des idées noires, mon nez revenait tout le temps. Pour moi mon nez est une grande obsession depuis longtemps et maintenant les opérations sont bien réussies. Après le ponçage, je vais chercher une place stable de travail" "C'est la faute du chirurgien".

La revendication est très importante au niveau du premier chirurgien et porte sur plusieurs points :

" On m'a fait sortir le jour même de mon opération
" On ne m'a pas gardée assez longtemps.
" On m'a redemandé trop d'argent en plusieurs fois.
" On ne m'a pas suivie assez longtemps.
" On m'a opérée sans aucune préparation
" On ne m'a pas montré le modèle du nez que le chirurgien
" voulait faire.
" Il n'y a pas eu d'examen psychologique avant l'intervention.

(Cette revendication a été faite à postériori après avoir vu le psychiatre du service du Professeur P).

Les préoccupations esthétiques sont très anciennes et l'apparition des élèments de dysmorphie remontent à l'enfance. La seule occupation de Mlle Y a été sa polarisation dans le travail, et l'on peut penser que cette polarisation avait comme premier but de permetère la réalisation d'une intervention esthétique, elle-même dit qu'à 18 ans elle se disait que dès qu'elle aurait un peu d'argent, elle se ferait opérer. Elle travaillait pour cette unique raison et ensuite l'emploi temporaire lui a permis d'arrêter de travailler de six mois en six mois, afin de se faire opérer.

Ses rapports avec les chirurgiens et les opérations sont toujours stéréotypés. Le premier chirugien pratique deux interventions dont elle n'est pas satisfaite. Elle se fait encore opérer deux fois. Le deuxième chirurgien la renseigne sur l'ulcération possible après le ponçage, il était réticent pour la deuxième intervention, mais "elle ira jusqu'au bout". Son but est de se faire opérer pour être débarrassée après.

L'aspect extérieur de cette jeune femme est triste, terne, elle est mal coiffée, non maquillée, il y a une petite cicatrice sur la narine

gauche, mais sans difformité apparente du nez et lorsqu'on lui fait remarquer qu'elle pourrait se maquiller, elle répond : "Maquillée on la voit quand même" "la ?" "la cicatrice ".

La lettre du psychiatre qui l'avait vue dans le service du Professeur P, concluait en ces termes : "Il s'agit d'une névrose grave qui a été abordée par des interventions esthétiques sur le nez qui se sont révélées désastreuses entrainant une décompensation. Dans les derniers temps le Professeur P a tenté de réparer le préjudice esthétique, sans toutefois se faire d'illusions puisque plutôt que de refaire une X ème opération, il avait confié cette patiente au psychologue".

Le diagnostic porté dans le Service fut celui de psychose, schizophrènie à type hébéprhénique avec stéréotypie très pauvre. Dans ce tableau il est possible que le nez et les préoccupations "obsédantes" qui lui sont rattachées, soit le siège d'un investissement psychotique très important ayant empêché la dissociation mais le pronostic est très grave et le travail qui avait représenté à un moment un but dans l'existence de la patiente, but pour autre chose, n'est actuellement plus valorisé : il y a cette nouvelle intervention dont la date est fixée et dont le résultat favorable sur le plan cutané n'est pas certain.

- "Je veux aller jusqu'au bout". ET APRES.....

Mlle Y a été opérée en Avril 1972. Deux jours après cette intervention elle s'est fait hospitaliser dans le Service avec un pansement au niveau du nez et des soins locaux à faire. Actuellement elle n'est pas très anxieuse, ni très déprimée mais se plaint de ce qu'elle n'arrive pas à garder de places dans le travail et de sa difficulté à travailler et à se concentrer.
Elle présente une symptomatologie surtout déficitaire.

Monsieur B entre dans le service fin Janvier 1972, se plaignant d'une asthénie, d'une inertie psychomotrice, de douleurs lombaires diffuses et de douleurs épigastriques qui se sont manifestées à la suite d'une hernie discale opérée en 1965 et ayant entrainé plusieurs opérations depuis cette date. Nous essaierons de reconstituer la biographie de Monsieur B et d'envisager l'évolution de sa maladie actuelle.

BIOGRAPHIE

Monsieur B est né en 1941 en Algérie. Il n'a pas connu sa mère qui est décédée quand il avait deux ans. Il a été élevé dans la famille par son père et sa belle-mère. De ce second mariage sont nés 7 fils et 2 filles. La grand mère paternelle est au foyer et s'est toujours bien occupé, autant qu'elle le pouvait, de Monsieur B. Elle est actuellement centenaire.

Par contre, enfant Monsieur B se souvient qu'il n'était pas aimé par sa belle-mère qui était de caractère brutal et autoritaire et détestait son beau-fils. C'est à l'âge de 12 ou 13 ans qu'il prit conscience de cette différence entre lui et ses demi-frères et soeurs. "Je suis de plus", et en même temps la belle-mère commandait à toute la famille, le père du jeune homme lui obéissait et prenait parti contre son premier fils. Le malade qui jusqu'à 12 ans travaillait bien à l'école arabe, se désintéresse des études et à 15 ans quitte le foyer paternel et part travailler à Alger. Il restera cinq ans sans retourner voir sa famille. Il travaille comme apprenti plombier et vit seul à Alger. L'entreprise qui l'emploie lui propose de venir travailler en France. Il accepte et vient à Paris en 1963, à 22 ans pour travailler comme plâtrier. Il dit ne jamais avoir fait de politique à cette époque ou après. De 1963 à 1965 il se plait dans son travail, gagne bien sa vie, son salaire atteint 2500 à 3000 francs. Il envoie de l'argent en Algérie, mais à sa grand mère. Il a des amis. Lors d'un déplacement en 1963, sur un chantier de province, il fait la connaissance d'une jeune fille qui va venir à Paris pour le rejoindre et travailler. Il semble qu'à cette époque il n'y ait eu aucune inhibition sexuelle et avec cette jeune fille, ils envisageaient dit-il, de se marier. Il est reçu par la soeur de son amie.

Et c'est l'accident. Ses troubles actuels remontent au décours immédiat d'un accident survenu en Août 1965. Il était plâtrier et

devait soulever et transporter un sac de plâtre de la main gauche. Il a ressenti un mal aigu et pénétrant dans la colonne lombaire du côté gauche. Il a arrêté le travail et est resté couché pendant 15 jours avec un traitement médical et des massages. L'accident ne fut pas déclaré en accident du travail.

Devant la persistance des douleurs, le médecin l'adresse dans une clinique et après des radiographies de la colonne lombaire où l'on voit une hernie discale il est opéré semble-t-il 20 jours après la survenue de l'accident.

Lui dit de cette première opération qu'il avait dit au médecin : "Je ne peux pas rester comme cela, il faut m'opérer", car il souffrait toujours. L'intervention aurait été une "exploration discale".

A sa sortie de clinique il souffrait de la même douleur lombaire avec des irradiations à la face postérieure de la cuisse, du mollet, face externe du pied, dos du pied, gros orteil. Il pouvait marcher mais ne pouvait supporter longtemps la station debout. Il n'avait par repris son travail. Il continue les séances de massage et de rééducation.

Devant la persistance des douleurs il sera admis à l'Hopital en Juin 1966 où un traitement médical pendant un mois sera fait sans amélioration puis un nouveau bilan clinique et radiologique sera pratiqué. Les indications opératoires de la seconde intervention seraient posés pour sciatique gauche. L'intervention a eu lieu sur la face postérieure de la fesse et de la cuisse gauche (exploration sciatique).

Or, à l'intervention le chirurgien n'a rien trouvé. Point sur lequel insiste particulièrement Monsieur B. Il dit "Le chirurgien ne voulait pas me dire qu'il n'avait rien trouvé. On m'a opéré pour rien du tout en 1966 et l'opération m'a laissé une cicatrice de 35 cm sur la cuisse gauche". Lui dira que dès ce moment il pense que c'est trop tard. Il demande à sortir de l'hopital et va voir son médecin traitant qui a reçu une lettre du chirurgien. Dans cette lettre le chirurgien disait qu'il n'avait rien trouvé à l'opération.

Il reste quatre mois en convalescence, en fait il est resté dans sa chambre, sans rien faire, il pouvait marcher et se promener un petit peu. Il avait encore des amis, il allait au cinéma et

s'intéressait aux autres. Lors d'un contrôle de la Sécurité Sociale il lui est signifié que son état lui permet de reprendre son travail antérieur et que les indemnités journalières ne lui seront plus versées.

Dans le même moment, lorsqu'il est encore malade, son amie rompt avec lui. Elle travaille à Paris comme secrétaire et lui dit qu'elle ne peut rester avec lui car il est toujours malade. Pour lui, cette rupture marquerait le début de ses troubles sexuels qui n'ont fait que progresser pour aboutir à une impuissance dont il se plaint actuellement.

Il recommence à travailler en Décembre 1966, et il dit qu'il travaille tout doucement jusqu'au 4 Août 1968. Ce jour là à la suite d'un effort il sent "quelque chose qui craque au niveau de l'opération du dos" et des douleurs qui vont de la colonne cervicale jusqu'au pied gauche, surviennent.

Il est hospitalisé alors dans un service de chirurgie orthopédique.

Au cours de cette hospitalisation, le diagnostic de sciatique S1 gauche récidivante est porté et radiologiquement on note l'existence d'une lyse bilatérale avec début de glissement de L5.

Et le malade est opéré fin Août 1968. Cette intervention permet de penser que l'interventions rachidienne précédente n'a pas comporté de temps d'exploration discale. L'intervention consiste en l'ablation de l'arc postérieur de L5 et l'ablation d'une très volumineuse hernie au niveau de L5 S1 à gauche.

Le versant droit du disque L5 est normal, ainsi que le départ de la 5ème racine lombaire gauche. Ayant découvert une si volumineuse hernie et correspondant exactement à la symptomatologie clinique, on pense que c'est la raison principale, sinon exclusive, de la symptomatologie et l'on décide de ne pas pratiquer la greffe postérieure, quitte éventuellement, si des douleurs persistaient, à pratiquer alors dans un deuxième temps une greffe antérieure.

Les suites opératoires sont simples mais Monsieur B continue à souffrir et se plaint toujours d'une sciatique type SI et il a des troubles sensitifs objectifs.

Une consultation neurologique permet de constater fin Septembre 1968 une sciatique radiculaire S1 avec hypoesthésie très nette S1 S2

(plus discutable pour S3 en raison des cicatrices cutanées). Les réflexes sont normaux. La force musculaire est pratiquement normale dans le territoire S1. L'organicité est indiscutable. Le mode de début de la symptomatologie évoque bien un disque (rôle de l'effort en 1965 comme en 1968) et on comprend mal la persistance de la douleur. (fragment externe ? hématome ?).

Une ponction lombaire doit être pratiquée et selon ses résultats on envisagerait une nouvelle exploration. Après la ponction lombaire qui est normale, la douleur sciatique disparait mais apparition de fourmillements. Le malade sort de l'Hopital.

Un mois après, en Novembre 1968, il est revu dans le Service pour une lombalgie aigue bilatérale prédominant à droite, survenue sans cause apparente. Le rachis lombaire est complètement raide mais la sciatalgie gauche a complètement disparu.

La possibilité d'une arthrodèse par voie antérieure est envisagée mais avant celle-ci on souhaite essayer un traitement médical dans un service de rhumatologie. A sa sortie du service de rhumatologie, comme il ne peut reprendre son travail, il est envoyé dans une école de rééducation pour une formation professionnelle mais en Avril 1969 les douleurs réapparaissent.

Il est réhospitalisé dans le service d'othopédie en Novembre 1969 pour douleurs :

- Douleurs épigastriques : douleur transfixiante au niveau du creux épigastrique (mais débutant en arrière au niveau du rachis), à partir du creux épigastrique elle remonte le long de l'oesophage et le malade éprouve une striction au niveau de la gorge. Douleur sans rythme, sans périodicité, elle n'évoque pas une histoire ulcéreuse et un transit gastro duodénal est normal.

- Douleurs au niveau du membre inférieur gauche et du rachis. Elles débutent au niveau de L3 au dessus de sa cicatrice. Il y a des irradiations descendantes vers le membre inférieur. La douleur est peu intense mais permanente et présente des paroxysmes brutaux et intenses sans notions de circonstances déclanchantes. Elles existent en position debout et couchée. Le malade peut rester 15 à 20 minutes puis il est agité de tremblements.

A l'examen on provoque une douleur à la pression des épineuses C1, C2, L4, L5, S1, mais la douleur est variable d'un jour à l'autre.

La motricité, les réflexes, la sensibilité sont normaux, il n'y a pas de signe de Lasègue.

On est donc en présence de signes d'irritation radiculaire uniquement subjectifs de topographie L5 et S1, et l'intervention est décidée.

La veille de l'intervention Monsieur B a dit à l'interne qu'il a des troubles sexuels à type d'impuissance depuis 4 à 6 mois; le malade est prévenu que l'intervention ne guérira vraisemblablement pas ces symptomes. Il est à remarquer que c'est la première fois que Monsieur B parle de ses troubles sexuels. Et le lendemain, Monsieur B est opéré : spondylolisthésis, arthrodèse par greffon iliaque plus vis par voie antérieure. Cette intervention eut lieu fin Novembre 1969.

Au cours de l'intervention on fait une excision discale avec plusieurs prélèvements pour examens bactériologiques. La prise de greffe se fait sur la crête iliaque droite, ces greffons vont venir bloquer la charnière lombo-sacrée et le montage est complété par une vis de Venable réalisant un montage qui est ainsi extrêmement solide et il n'existe aucune mobilité au niveau de cette charnière qui est parfaitement bloquée.

Les suites opératoires sont simples et au bout de trois semaines le malade se lèvera avec un corset en matière plastique.

Mais les douleurs persistent et Monsieur B est adressé en neurologie avec une lettre où sont expliquées les opérations et la persistance des douleurs du membre inférieur gauche et les douleurs épigastriques, mais aussi la survenue de douleurs déclenchées par la mise en flexion du cou et qui irradient dans l'hémicorps gauche et la jambe gauche comme la douleur S1. Il est noté à ce moment "qu'il existe tout un cortège psychique en plus et une majoration probable des troubles".

L'hypothèse d'une sclérose en plaque ou d'une compression cervicale est posée et le malade est hospitalisé en neurologie. Mais aucun de ces deux diagnostics ne sera retenu.

En Avril 1970 les lombalgies persistent et Monsieur B se plaint aussi de brulures à la miction et d'une constipation opiniâtre. L'examen retrouvant une hypoesthésie de la marge de l'anus fait envisager un petit syndrome de la queue de cheval que l'on va

traiter médicalement et le malade sera revu en Juin 1970 avec une nouvelle série de radiographies lombaires. Et devant la persistance des signes douloureux, la reprise de la sciatique SI avec un signe de Lasègue, la présence de symptomes diffus de type gorge serrée, sensation d'étouffement, on propose à Monsieur B de se faire hospitaliser début Août en vue d'un bilan et d'une réintervention. On conseille au médecin traitant d'essayer de soulager ce patient par des antalgiques et des tranquillisants pour éliminer cette note d'anxiété et d'énervement bien compréhensible pour des douleurs d'aussi long cours.

Et début 1970, Monsieur B est réhospitalisé pour sciatalgie gauche type S1. Une discographie montre la dégénérescence du disque L4-L5, une grosse fusée postérieure et un réveil de la douleur.

L'opération consiste en un ablation de hernie discale L4-L5. Le compte-rendu opératoire note :

> "La libération porte ensuite sur la racine S1 qui est assez collée, adhérente et que l'on arrive à libérer de façon satisfaisante sur toutes ses faces. On se porte ensuite au niveau L4-L5. La racine L5 est assez adhérente. Elle est refoulée en dedans et l'on découvre alors un disque L4-L5 très bombant à la partie gauche explorée. Après ouverture du ligament vertébral postérieur on curète soigneusement le disque qui ne donne pas un matériel très abaondant mais qui en fin d'intervention paraît plat. La racine est tout à fait libre".

Les suites opératoires sont simples.

Un mois après l'intervention Monsieur B dit qu'il souffre de son membre inférieur gauche, de dorsalgie et de craquements dorsaux ainsi que de céphalées occipitales et il se plaint de ne pouvoir marcher qu'avec une canne car sa jambe faiblit. Mais la décision de le renvoyer dans son centre de rééducation professionnelle est prise car les vacances sont finies et il est attendu au centre.

A la fin de l'année 1970, il y a une nette amélioration : la marche est possible sans canne, sans boiterie. La douleur persiste, mais seulement au niveau du creux poplité et du mollet, les réflexes sont réapparus et les troubles sensitifs dans le territoire SI sont très discrets.

L'élèment psychique très important est traité par des antidépresseurs dont on propose d'augmenter la dose.

En effet il semble qu'à partir de ce moment, le côté psychique soit considéré primordial, mais malgré l'augmentation de la thérapeutique, on ne note pas d'amélioration sur le plan des douleurs résiduelles.

L'examen montre un rachis tout à fait souple. Mais devant la ténacité de ses séquelles douloureuses, une dernière tentative est proposée pour soulager celles-ci, l'admission dans un service de rhumatologie pour essayer divers traitements médicaux.

Le malade est hospitalisé en 1971 dans un service de rhumatologie, mais depuis la fin de 1970 ne subit plus d'intervention. Toutefois, à la suite de ces interventions successives, il se déclare sans cesse fatigué, asthénique, sans aucune force ni aucune envie de quitter sa chambre ou d'entreprendre quelque activité que ce soit.

Il est fréquemment harcelé par des douleurs qui commencent dans la région lombaire, et se propagent à la fois vers la nuque et jusqu'à la cheville gauche. L'autre problème qui inquiète beaucoup Monsieur B est celui de son impuissance. Il s'était déjà plaint de difficultés sexuelles lorsque son amie l'avait quitté en 1968, progressivement il perd tout intérêt sexuel. En 1970, à la suite d'un "fiasco", il pense même à se suicider, disant : "cela ne vaut pas la peine de vivre comme ça".

Cette impuissance est discutée par le malade comme le facteur principal de sa dépression ;il considère que son impuissance est devenue totale après l'intervention de 1968 "on allait m'opérer dans le ventre, je ne voulais pas, j'avais peur, on m'a ouvert le ventre par devant, on m'a tout coupé. Maintenant les filles ça ne me dit plus rien, un garçon ou une fille, c'est pareil".

Au centre professionnel il se montre revendicatif, et vient consulter tous les jours le médecin du centre pour ses douleurs : il ressent une impression de striction du cou : "on dirait que quelqu'un serre avec ses deux mains autour de mon cou". Il y a toujours les douleurs épigastriques et celles de la jambe. Il demande à son médecin qu'on lui coupe la jambe : "lorsque je marche deux cent mètres, cela me fait mal à la jambe, si j'avais mal dans le bras je couperai le bras; c'est dommage, cela fait mal partout (il

montre son cou, sa jambe); je ne peux pas faire autrement". Il ajoute : "je ne cherche pas de pension, je ne cherche pas d'argent; je cherche la santé. Même si étant opéré, je devais mourir, je m'en moque, j'en ai assez. Il y a des moments où je préfère mourir que rester comme cela". Il résume la situation actuelle en trois propositions : "Il faut me soigner, ou m'opérer, ou me faire mourir".

A la suite de consultations répétées en 1971, il est réhospitalisé en chirurgie, mais les examens ne montrent aucune modification par rapport à 1970. Devant l'importance de l'élément dépressif, l'hospitalisation psychiatrique est proposée. Il entre dans le service de Clinique en Janvier 1972.

Durant les entretiens on constate une inertie psychomotrice, la mimique est pauvre, le débit verbal lent; il s'exprime assez bien en français et nous dira l'avoir appris à la maison de rééducation. Il se montre déprimé et inhibé, se plaint surtout de ses diverses algies et de ses troubles sexuels, s'il reste comme cela :"la vie ne vaut pas la peine d'être vécue". "Je ne sais pas ce que c'est comme maladie: j'ai envie de rester couché dans mon lit, je ne peux pas me lever".

L'adaptation dans le service est facile, et les plaintes vont s'atténuer,mais lorsque par deux fois, on envisagera sa sortie (dont les conditions ne sont pas faciles à établir car il n'a plus de travail, plus de logement, et le foyer de rééducation ne veut plus le reprendre), Monsieur B remettra au premier plan ses douleurs qui l'empêchent d'être comme avant. Finalement Monsieur B reçoit un télégramme de sa famille, son père est très gravement malade et le réclame. Il quitte alors le service pour se rendre en Algérie.

Une tentative d'examen psychométrique met en évidence un niveau intellectuel bas, aussi bien au niveau verbal qu'au niveau instrumental : le QI est inférieur à 80. Ceci empêche de pratiquer les tests de personnalité.

Le diagnostic envisagé pour ce malade est celui de personnalité hystérique, avec immaturité affective, et une symptomatologie hypochondriaque prédominante.

La hernie discale authentique a entrainé une intervention qui n'a pas soulagé le patient; d'autres interventions ont suivi sans

entrainer d'amélioration. Il nous semble que les interventions vertébrales, les greffes portant sur le rachis lombaire sont les équivalents masculins des interventions gynécologiques chez les femmes hystériques. A la suite de ces interventions rachidiennes, la survenue de troubles de la sexualité chez l'homme est fréquente et l'impuissance est attribuée par ces patients à l'intervention, même s'il existait déjà auparavant des difficultés sexuelles.

Notons enfin que, s'il n'y a pas chez Monsieur B de revendication quant à une indemnisation d'accident du travail, il touche depuis 1968, les prestations d'Invalidité de la Sécurité Sociale.

Nous aimerions rapporter la suite d'une observation déjà exposée en 1961 par le Professeur GOSSET dans son article "Le Chirurgien devant les problèmes psycho-somatiques". Nous reprenons l'histoire de la malade en citant J. GOSSET. Il s'agit de Madame L.

"J'ai le triste souvenir d'une infirmière qui après une simple piqure superficielle d'un pouce développa des causalgies qu'elle disait intolérables. Le facteur névrotique était évident et ne fut pas méconnu. Des essais de psychothérapie furent vains. A la demande expresse d'un excellent neurologue je pratiquais d'abord une artériotomie radiale à l'efficacité de laquelle je ne croyais aucunement. J'eus tort. Le cercle infernal des interventions itératives était amorcé".

Le début de la maladie remontait à Octobre 1956. C'était un accident de travail. La piqure initiale avait nécessité l'ablation d'un corps étranger minime. Huit jours plus tard apparition d'un phlegmon des gaines qui nécessite une incision puis guérit. Mais la main reste douloureuse et en Mars 1957 intervention pour exploration des collatéraux qui n'améliore pas le syndrome causalgique, à type de brulure prenant naissance aux 1er et 2ème doigts de la main droite, irradiant vers l'épaule, source d'insomnie, aggravé par toute charge au niveau du bras.

En Mai 1957 Sympathectomie thoracique droite par voie sous claviculaire. Dans les suites opératoires : petit pneumothorax, syndrome de Claude Bernard Horner et amélioration partielle du syndrome douloureux.

En Février 1958 on pratique un implant placentaire sur la face antérieure du grand pectoral du côté droit qui va améliorer considérablement la douleur mais 7 mois plus tard, la douleur irradie dans tout le membre supérieur droit et l'impotence fonctionnelle du I et II est totale.

En Septembre 1959 on opére pour "bilan". On pratique la libération du médian et lors de la dissection des collatéraux, ceux-ci sont retrouvés parfaitement suturés sans nécrose macroscopique visible.

En 1960, un an plus tard c'est l'artériotomie, mais le cercle des opérations était déjà commencé. Cette intervention ne diminue pas les douleurs et la malade fut hospitalisée en neuropsychiatrie. Le diagnostic fut celui de "psychose automutilante" et pendant de nom-

breux mois Madame L fut suivie médicalement, sans intervention, mais un jour elle emporta son dossier pour se faire opérer malgré l'avis contraire des psychiatres.

En 1961, elle subit en effet une cordotomie pour le syndrome douloureux et après celle-ci s'installe des douleurs du membre inférieur droit et des dérobements de la jambe droite.

L'hospitalisation suivante eut lieu pour une tentative de suicide par médicaments suivie à l'Hopital par deux essais de pendaison avec ses Draps, ceci en Avril 1965. Les douleurs sont alors étendues à tout l'hémicorps droit avec hypoesthésie tactile, anesthésie douloureuse et anesthésie thermique.

En Mai 1965, intervention dans un serviee de neurochirurgie : Topectomie des aires 10. Les suites opératoires sont d'abord favorables puis une rechute s'amorce et lors du séjour en maison de repos, dont elle va partir sur sa demande, on la décrit comme une personnalité "a fond paranoïde certain. comme chez tous les pensionnaires installés dans une invalidité et peu désireux d'en sortir".

Elle est hospitalisée en Août 1966 et en SEptembre 1966 un mois et au cours de cette hospitalisation on décide d'étendre la lésion frontale à la suite du bon effet de la destruction bilatérale des aires 10. Et Madame L est opérée d'une leucotomie sous-corticale frontale antérieure bilatérale qui va entrainer un épisode post-opératoire d'excitation psychomotrice et d'agressivité, une atténuation des douleurs et ensuite le comportement devient plus calme et le reste pendant deux ans.

Mais d'Avril à Juin 1968 la patiente est réhospitalisée. Elle subit une trépanation coronale suivie d'une intervention stéréotaxique dans le thalamus gauche. L'hémicorps droit ne souffre plus mais il y a un léger déficit moteur et un bégaiement.

En 1969 elle est hospitalisée en Juin puis en Septembre, puis en Février 1970 pendant deux mois. Elle se plaint de douleurs de tout l'hémicorps droit, d'une baisse de l'acuité visuelle et de céphalées. Il existe aussi une très grande anxiété. La conclusion de cette hospitalisation est la nécessité d'un traitement psychiatrique qu'on pense "seul être capable d'aboutir à un quelconque résultat". Mais le traitement psychiatrique n'empêchera pas une

nouvelle hospitalisation en Août 1970, puis en Août 1971. Lors de cette hospitalisation le caractère dépressif est particulièrement net ainsi que l'élèment sinistrosique : la malade est toujours anxieuse et reporte tous ses maux sur son bras, elle a des idées noires, et elle est revendicatrice; il ne faut pas oublier que l'accident initial est un accident de travail.
L'examen neurologique est normal, en dehors d'un léger déficit de la force musculaire du membre droit supérieur, il n'y a pas de déficit sensitif objectif et Madame L va sortir pour aller en maison de repos jusqu'à de prochaines hospitalisations. Madame L a demandé lors de la dernière hospitalisation une nouvelle intervention.
Madame L est née en 1916, elle vit seule chez elle, elle est en invalidité depuis de très nombreuses années et il nous est bien difficile de dire à quel moment il aurait fallu ou on aurait pu rompre le cercle d'une évolution désespérèment chronique.

Il est remarquable que les diverses interventions qu'elle a subi n'aient pas entrainé de déficit organique plus important et bien que la prise en charge psychiatrique de cette malade ait eu lieu relativement tôt, elle n'a pu empêcher sa quête chirurgicale à laquelle ont répondu de nombreux médecins et chirurgiens, offrant à la malade toutes les interventions connues pour atténuer la douleur.

Le diagnostic de psychose avec autoagressivité ou automutilation avait été fait en 1960, il reste le même en 1971.

Quoiqu'il en soit on retrouve avec cette malade le très ancien problème des causalgies et la mise en échec des thérapeutiques psychiatriques ou neuro-chirurgicales devant certains phénomènes de cet ordre.

Madame M, 30 ans, est hospitalisée dans le Service en Novembre 1970 après l'échec d'un traitement ambulatoire pour manifestations hypochondriaques et l'hypothèse du diagnostic de schizophrénie est posé.

Sa biographie résumée est la suivante :

Originaire du midi, fille unique, elle a été élevée par ses parents, surtout sa mère ; elle préférait son père ce dont la mère lui a voulu. De son enfance elle raconte seulement la scène du martinet : ayant volé de l'argent pour s'acheter des chewings-gums, elle fut pourchassée à travers le village par ses parents, martinet en main. Cette histoire n'avait, dit-elle, aucune importance.

Elle mène une scolarité moyenne qui la conduit au Certificat d'études, elle obtient ensuite son C.A.P. de coiffeuse.

La puberté a lieu à 13 ans, sans entrainer de réaction particulière. Elle n'a aucune aventure sentimentale jusqu'à l'âge de 18 ans, âge où elle connait son mari. Le mariage est suivi d'une grossesse normalement menée à terme. Elle a alors 20 ans.

Elle abandonne bientôt sa profession de coiffeuse à laquelle elle était bien adaptée. "J'aurai du continuer à travailler, j'ai choisi de choyer mon mari, mon enfant, mon intérieur". Et de fait elle n'a aucune autre activité que celle de "mère de famille". Son occupation principale est "d'être belle pour plaire à son mari".

Ce mari est comptable, timide. Madame M l'appelle "papa". "Mes parents se sont occupés de mon mari comme si il était leur propre fils. J'ai souvent pensé qu'ils l'aimaient plus que moi. Nous avons été un peu comme frère et soeur".

Il existe un problème conjugal majeur "Il n'était pas assez porté sur la chose. Au début de notre mariage nous nous disputions, nous étions jaloux l'un de l'autre, comme amant et amante". De façon plus récente, il y a une grosse culpabilisation des rapports sexuels, compliqué par la peur d'avoir un autre enfant dont le mari ne voudrait pas. Des manoeuvres abortives en Août 1970 est l'un des facteurs aggravants de la symptomatologie actuelle.

Le couple a une fille de 10 ans que sa mère élève sévèrement et confie volontiers aux grands parents. La mère a toujours un comportement très rigide envers elle, en particulier en ce qui concerne la propreté.

Ils habitent un logement "trop luxueux, mais aussi sévère qu'une maison de paysan".

A partir de 1967 la biographie de la malade sort de la banalité. Souffrant de douleurs abdominales, elle consulte un chirurgien. On parle d'appendicite. L'intervention a lieu, le chirurgien pratique en fait une myomectomie avec hysteropexie isthmique mais semble-t-il sans fournir ces détails à la malade. Il dit qu'il lui a enlevé l'appendice et ne prévient pas la famille de la nature exacte de l'intervention. Les douleurs abdominales persistent et certains symptomes apparaissent, tels des troubles de l'humeur, des disputes avec le mari ainsi qu'un comportement méticuleux dans les activités ménagères.

En Mai 1970, elle a des difficultés à marcher, avec des douleurs des jambes, à droite en particulier, et ces douleurs l'obligent à s'aliter. Elle est traitée par acupuncture qui l'améliore passagèrement. Mais des céphalées surviennent et des douleurs abdominales plus importantes reprennent. Son mari l'emmène consulter chez un psychiatre ; il n'y a qu'une seule consultation ; à cette occasion, un EEG est pratiqué et il est normal.

Au courant de l'été 1970, survient un retard de règles qui provoque une grande anxiété ; Madame M croit être enceinte. Le gynécologue consulté ne confirme pas la grossesse, d'ailleurs les R.B.G. sont négatives. Malgré cela, Madame M pratique des manoeuvres abortives. Ses troubles s'aggravent alors, les céphalées sont en recrudescence et elle devient totalement incurique, reste couchée, ne s'occupe plus de son ménage, ne se lave plus. Elle consulte à plusieurs reprises son gynécologue à l'égard duquel elle semble avoir une intense fixation érotique ; il lui conseille une cure de sommeil.

Elle est alors hospitalisée dans une clinique psychiatrique d'où elle sort huit jours plus tard contre avis médical. Le motif de sa sortie est le désir de se faire opérer de l'abdomen, dont elle souffre. Elle retourne alors voir le chirurgien gynécoloque qui l'avait opérée en 1967. L'ayant examinée il lui dit : Eh bien, ce doit être votre appendice" "Mais vous me l'avez enlevé !". Le chirurgien reconnait alors qu'il n'en a rien fait et demande l'avis d'un consultant, le Professeur G. Devant l'état psychique de Madame M, ce dernier l'adresse alors dans le service de Clinique de SAinte Anne. Au dossier figure une lettre du chirurgien gynéco-

logue : "Madame M a eu en 1968 une myomectomie avec hystéropexie isthmique. J'avais essayé de l'hospitaliser en clinique psychiatrique, mais elle a fui. Ensuite elle voulait se faire opérer à tout prix. Je l'ai envoyée au Professeur G. Elle est surement schizophrène en puissance, mais la famille est à soigner aussi..."

Et également une réponse du Professeur G a ce médecin : "J'ai vu Madame M que vous avez opérée pour une rétroversion et que vous m'adressez maintenant avec le diagnostic possible d'appendicite chronique. Au point de vue organique je ne lui trouve absolument rien, si ce n'est une métrite. Par contre elle présente des troubles psychiques extrèmement sérieux et le psychologue pense même que ça peut être un début de schizophrènie. Avant d'envisager toute nouvelle opération pour laquelle je ne vois aucune urgence, il est important de continuer le traitement psychiatrique pendant plusieurs mois".

A son entrée, Madame M est très discordante. Très souriante au cours des premiers entretiens, elle dit : "Docteur, ça ne va pas du tout. J'ai l'intestin bouché, j'ai pris 10 kgs, je vais mourir, il faut m'opérer". "J'ai une appendicite". Et elle affirme ne pas avoir été à la selle depuis deux mois. A cette conviction délirante d'avoir une appendicite, vont s'ajouter bientôt des idées de persécution : les voisins de chambre lui veulent du mal, tâchent des affaires".

L'aspect souriant avec lequel elle expose ses plaintes est extrèmement surprenant. Dans l'ensemble elle ne montre aucune continuité dans ses idées et son discours monocorde est émaillé d'expressions qu'elle répète : "Je n'ai pas de mémoire..., c'est ma faute..., j'ai peur de mourir..." Le problème des évènements de l'été précédent revient aussi : "J'aurais voulu un enfant, mon mari n'en veut pas d'autre. Je l'ai fait pour mon mari. Je n'étais pas capable de l'élever ; je suis trop fatiguée".

De plus elle a l'impression de n'être plus elle-même : "Je sens moins bien mes mains. Mon oeil n'est plus pareil. J'ai peur de mourir. Je n'aime pas mon lit, je pourrais y mourir. Il faut que je sois opérée de l'appendicite ".

On remarque également l'aspect figé de la malade, alors même qu'elle ne prend plus de neuroleptiques depuis plusieurs mois.

Dans le Service, le comportement est dans l'ensemble très régressif, avec infantilisme et narcissisme.

L'évolution se fait lentement vers une amélioration modeste bien que les préoccupations somatiques douloureuses persistent sous traitement et que les idées de persécution ne tendent pas à s'amender. "Il faut qu'on m'ôte l'appendice, le Docteur R (le gynécologue) m'a trompé".

Elle a plusieurs permissions de week end qui semblent augmenter l'angoisse. Elle se sent double, il existe en elle une volonté de s'en sortir, contrebalancée à chaque instant par la hantise de rester faible.

Elle sort après quatre mois d'hospitalisation. Un examen psychométrique a été pratiqué ; "Ces examens n'ont pu être complètement menés à bien, en raison du manque de coopération, de l'opposition et de l'agressivité de la malade ; ils traduisent essentiellement un niveau intellectuel voisin de la moyenne (QI=93) avec une diminution de l'efficience et des troubles caractériels" (Madame Moreau).

La conclusion de sortie est : état psychotique chronique avec discordance ; idées délirantes à thème hypochondriaque, associées à des idées délirantes de persécution.

Cette malade sera revue en consultation un mois après sa sortie. Elle dit qu'elle a l'impression de ne plus avoir de ventre ; plus de huit mois après sa sortie, les troubles du comportement se sont majorés : elle ameute les voisins, raconte qu'on salit, qu'on détériore chez elle, soit sa famille, soit les voisins ; par ailleurs, elle dit : "Je suis obstruée", et aussi "Mais enfin Docteur qu'est-ce que c'est que j'ai ? on ne souffre pas sans but".

Madame C, 23 ans, est hospitalisée en Novembre 1970 sur les conseils de son médecin pour accès lipothymiques se reproduisant depuis quatre mois.

Le début des troubles est marqué par une grande crise anxieuse succèdant à une piqure I.M. de Strepto-Pénicilline, prescrite dans les suites d'une coelioscopie.

A la suite de ce malaise de nouvelles crises se produisent que la malade redoute : elle a peur de mourir pendant ces épisodes, marqués par une sensation de tête vide, des palpitations, un tremblement, des cénesthésies mal définies.

"Je ne sens plus mon corps, on dirait que tout fond en moi".

Elle présente également des insomnies récentes. Très nerveuse, elle casse la vaisselle lors d'accès qu'elle ne contrôle pas, et décrit des épisodes quasi crépusculaires avec phénomène de dépersonnalisation au cours desquels elle a l'impression de "rapetisser, de partir dans le vide."

BIOGRAPHIE

Cette jeune femme de 23 ans, née en 1947, employée de banque, mère de deux enfants a été élevée dans le milieu familial.

- Le père a 41 ans, est électricien. Il est d'origine vendéenne. Il a envers Madame C un comportement très sévère "tout devait être parfait". Il la punissait beaucoup et la battait.

- La mère a 45 ans, est infirmière. Madame C en est très dépendante.

- La famille comporte encore deux frères. Madame C est l'ainée.

On retrouve dans les antécédents un R.A.A. de l'enfance, ayant laissé de petites séquelles valvulaires.

La scolarité a été menée jusuq'à 17 ans, elle conduit Madame C au CAP de sténo-dacytlo, et à un brevet de banque.

La puberté se produit à 12 ans. Elle connait son mari depuis l'âge de 15 ans, se marie à 18 (Mars 1966). "C'est un mariage d'amour". Le mari (qui a 5 ans de plus qu'elle) est gentil, calme, "lui cède tout ", "ne lui refuse jamais rien". "Il règne une bonne entente

entre eux" dit-elle. Ils ont deux enfants nés à 18 mois d'intervalle. Ce sont deux filles agées alors de deux ans et demi et de treize mois, "difficiles, surtout l'ainée, désobéissante, intrépide". Madame C doit s'en occuper toute seule, mais pense reprendre son activité à la banque car ce travail l'intéressait et elle y était bien adaptée. (Elle a interrompu son travail depuis la naissance de sa première fille).

Quant aux relations sociales, elle n'a pas d'amis (à l'école par contre, elle avait beaucoup de camarades) ne reçoit personne chez elle, elle pense que "des étrangers peuvent détruire les ménages". Son mari est du même avis.

Depuis quelques temps, elle ne peut s'arrêter de frotter chez elle, d'essuyer les meubles, de repasser, trouvant toujours quelque travail à faire, - et se couche tard.

Sur le plan chirurgical, elle a subi une appendicectomie en 1959 - année de la puberté; une coelioscopie a été pratiqué en Septembre 1970 pour aménorrhée depuis Février 1970.

Elle est donc rentrée dans le Service pour ses malaises survenus à la suite d'une piqure intra-musculaire quatre mois auparavant. Elle avait cru mourir et depuis ce jour elle présentait éssentiellement une symptomatologie d'angoisse diffuse avec impression de tête vide, palpitations, tremblements. Elle se sentait devenir toute petite puis toute grande avec une peur de mourir intense lors de ces manifestations.

Lors du premier entretien, elle parle avec complaisance de ces crises, voire même est logorrhéique pour les décrire. Elle nous dit que la coelioscopie avait été faite pour des troubles gynécologiques, une amenorrhée depuis Janvier 1970 et que la coelioscopie avait montré un kyste de l'ovaire, mais il n'est pas, à ce moment là question d'intervention chirurgicale. De la même façon il n'apparait au cours de l'entretien aucun problème conjugal et lorsqu'on essaye d'aborder son enfance, il n'y a aucune réponse sinon : "J'ai deux filles, j'ai une fille anorexique, elle refuse de manger, elle fait des crises".

Au début de l'hospitalisation les malaises persistent et certains symptomes évoquent une ébauche de dépersonnalisation anxieuse : raccourcissement du corps à l'occlusion des yeux le soir avant le

sommeil avec tremblements, hypersudation. Elle a peur des injections même celles pratiquées aux autres malades et présente un ou deux épisodes de cataplexie. Les rêves sont de tonalité dépressive.

Elle va sortir en permission au bout d'un mois. Une amélioration se produit et on décide da date de la sortie de Madame C, sans envisager le problème gynécologique puisqu'elle s'est arrangée pour le faire oublier.

Or un lundi, en rentrant de permission, Madame C dit qu'elle a vu son gynécologue le samedi et qu'il l'opèrera trois jours après sa sortie, la place en clinique gynécologique étant retenue.

Le psychiatre qui l'avait en charge dans l'équipe et qui pensait pouvoir la prendre en psychothérapie, refuse d'intervenir auprès du gynécologue : sa position étant que le gynécologue avait pris les indications opératoires nécessaires, que la malade faisait ce qu'elle voulait et qu'on laissait faire. Mais au cours d'une réunion de service, poussé par l'équipe, le psychiatre finit par téléphoner au gynécologue. Ce premier entretien téléphonique se passe mal, le gynécologue ayant une attitude de fin de non-recevoir, car "il connaissait bien Madame C, il fallait l'opérer et le psychiatre n'avait pas à intervenir dans cette décision".

Sur le plan du service il y eut alors changement d'interne et l'interne suivant qui devait prendre en charge Madame C trouva une situation confuse. La malade exprimait le désir et la volonté de sortir pour aller voir son gynécologue et le psychiatre permanent n'était pas d'accord pour qu'elle aille se faire opérer avant de préciser plusieurs points :

- d'une part, ce qui sous-tendait la demande de Madame C.
- d'autre part, les motifs exacts qui avaient fait poser les indications opératoires puisqu'en fait cette coelioscopie datant de quatre mois n'avait pas entrainé de sanctions chirurgicales immédiates précises.

Le nouvel interne se mit donc en rapport avec le gynécologue qui avait posé l'indication de l'intervention sans avoir prévenu les psychiatres qui avaient en charge hopitalisée, Madame C à ce moment là.

Le gynécologue,au téléphone, s'opposa une nouvelle fois à cette demande de renseignements et dit qu'il savait ce qu'il avait à

faire. Il envoya une lettre dans laquelle il exposait les symptomes :

- Amenorrhée secondaire de plusieurs mois.
- Douleurs pelviennes droites, symptomes qui justifiaient, par écrit, sa décision opératoire.

Une des indications opératoires tombait car Madame C avait eu des règles dans le Service et le gynécologue en faisait état d'ailleurs dans sa lettre, et pour la douleur pelvienne elle ne s'en plaignait plus. Madame C avait une richesse symptomatique où le gynécologue avait pu cueillir les symptomes qui l'intéressaient et sur lesquels la chirurgie gynécologique aurait pu agir.

La coelioscopie avait montré un ovaire scléro kystique dont on sait que l'indication opératoire n'est pas urgente et le gynécologue ne précisait pas la nature de l'intervention. Une phrase est à relater "Madame C m'a déclaré être considérablement améliorée depuis la survenue spontanée récente de ses règles", ce qui implique le rapport de cause à effet dans le sens : réapparition des règles, amélioration de l'état psychique en général, niant ainsi l'influence de l'hospitalisation et de la thérapeutique sur le cycle biologique des menstruations.

Or on ne pouvait affirmer que l'anxiété qui sous-tendait le comportement de Madame C ne serait pas aggravé par l'opération. Et si le gynécologue reconnaissait que "la perspective de son intervention l'obsède certainement", il ajoute "mais elle ne s'y dérobera pas, car je pense qu'elle a une certaine confiance en moi... Il serait souhaitable que son régime soit un peu adouci afin qu'elle ne conserve pas un souvenir intolérable de son passage dans votre service". Le psychiatre est alors considéré comme le gardien d'une prison.

La lettre se termine "Veuillez lui donner un mot à sa sortie de votre Service pour orienter l'anesthésiste".

A ce moment il est bien évident que l'intervention du psychiatre n'avait pas fait modifier l'attitude du chirurgien et qu'on ne rediscute pas de l'intervention, celle-ci est maintenue pour la date prévue.

Dans le cadre du service où était hospitalisée Madame C, le problème était différent. Cette jeune femme de 23 ans, deux enfants, voulait être opérée (ovaires? utérus ? on ne savait pas bien)

mais elle était en voie de s'améliorer de la crise de dépersonnalisation névrotique grave et le problème gynécologique (ovaire sclérokystique) n'était pas une urgence. Plusieurs points nous préoccupaient.

Dans la lettre du gynécologue, il n'y avait pas de réponse à ce que nous avions demandé et sa décision d'opérer était très ferme. L'attitude neutraliste du psycho-thérapeute du service avait paru en la matière inadaptée, compte tenu du caractère soudain de cette décision opératoire. Et il semblait y avoir aussi peu de possibilité psychothérapique pour Madame C.

Le deuxième problème était celui de l'évolution post-opératoire. Si l'intervention avait lieu, on se demandait au niveau des symptomes s'il n'y aurait pas une aggravation, puisque pour une piqure intramusculaire elle avait eu une crise d'angoisse débordante avec dépersonnalisation.

Le troisième problème concernait la demande de Madame C. On s'était demandé ce qui sous-tendait cette demande. Son attitude avait attiré notre attention sur le fait que sans en parler au psychiatre qui l'avait en charge, elle lui apprend moins de huit jours avant sa sortie qu'elle va être opérée et il faut se souvenir que les manifestations invoquées, les plus évidentes de cette intervention, avaient disparu. Les douleurs n'existent plus et les règles étaient réapparues. Madame C voulait se faire enlever l'utérus pour ne plus avoir de rapports sexuels avec son mari, (elle l'exprimera plus tard), bien qu'elle fut déjà frigide, que cela ne se passât pas si mal et qu'elle n'eût pas besoin d'une hystérectomie pour arrêter les relations sexuelles. On peut dire aussi qu'elle était frigide et que l'intervention sanctionnerait ou statuerait cette frigidité.

Un autre aspect probable de cette demande d'opération visait à établir entre la patiente et le gynécologue un lien extrême de dépendance qui à la fois pouvait la satisfaire sur un plan fantasmatique et la rendait très angoissée.

Madame C dans ses rapports vis à vis du gynécologue donne à celui-ci toute puissance, le considérant comme un interlocuteur paternel, protecteur et viril. Elle le décrit ainsi : "Vraiment c'est quelqu'un de bien pour un gynécologue, quand il me touche il ne me fait pas mal".

Le troisième point qui nous préoccupait était la crainte que cette deuxième intervention ne conduisit à d'autres. La première intervention était une appendicite faite à froid en 1959. L'intervention gynécologique actuelle pouvait marquer l'entrée dans une conduite de demande d'interventions chirurgicales itératives. En particulier on avait noté son intérêt pour les gens qui étaient opérés à coeur ouvert, ce dont elle parlait beaucoup. Or, il existait chez elle des symptomes cardiaques, elle avait eu dans son enfance un RAA avec de petites séquelles valvulaires et pour son propre cas, Madame C avait parlé d'investigations possibles. Elle disait même "on pourrait monter une sonde pour voir ce qu'il y a ".

L'intervention gynécologique si elle avait lieu pouvait entrainer des conséquences socio-professionnelles aussi. Elle ne pourrait plus travailler car elle aurait été opérée et elle s'installerait dans l'hospitalisme, la longue maladie et l'invalidité.

Devant ce faisceau d'arguments on se montre très réticent pour faire sortir Madame C et le psychiatre permanent téléphone au Docteur B. Lors de cet entretien le psychiatre insiste sur les symptomes de dépersonnalisation inquiétants qu'elle avait présenté et dit que lors de l'anesthésie, elle pourrait se décompenser à nouveau. Même si l'intervention se déroule sans problème immédiat, il n'est pas invraisemblabe que Madame C soit insatisfaite. Elle pourrait lui demander d'autres interventions pour parfaire le résultat, ou pourrait lui devenir hostile car le côté caractériel de sa personnalité n'est pas mineur (casse les objets, crie, etc..) Le psychiatre ajoute que les relations affectives avec le mari ne sont pas bonnes et que les relations avec lui, le gynécologue, pourraient n'être pas bonnes un jour.

La prise de position du Docteur B se modifie, son désir d'intervention a fléchi et il est plus intéressé par la gravité des symptomes psychiatriques de Madame C. Et c'est à partir de cette communication que le Docteur B nous renseignera sur le type d'intervention. Selon l'état anatomique il décidera de faire une ovariectomie ou une résection cunéiforme. La question de ses motivations sera aussi envisagée, il dira que l'ovaire scléro-kystique n'est pas très grave, mais que par contre l'intervention ferait le plus grand bien pour ses nerfs, "cela la calmerait". L'avis du psychiatre est différent, mais ainsi l'accord se fait entre eux pour remettre

l'intervention au moment où Madame C ira très bien sur le plan psychiatrique et le Docteur B viendra dans le service où est hospitalisée Madame C afin de lui expliquer la situation, en particulier que l'intervention n'est pas urgente.

Lors de l'entretien entre le gynécologue, la patiente, le psychiatre lorsque le Docteur B lui annonce l'éloignement de l'opération, Madame C dit alors "mais alors ça veut dire que vous ne pourrez pas me poser le stérilet". Le gynécologue lui répond : "Mais si, on vous réexaminera et on verra cela".

A la suite de cet entretien la sortie de Madame C est retardée et lors des entretiens suivants Madame C parlera de sa frigidité complète, de la mésentente avec son mari, de la peur d'avoir d'autres enfants et de l'impression qu'elle a qu'on ne peut plus rien pour elle". Mais alors je ne guérirai jamais des nerfs puisqu'on ne m'opère pas". Elle craint surtout la rupture avec le Docteur B qu'elle avait investi de la puissance. Et un état dépressif relativement sévère s'installe avec apragmatisme, dégout de tout clinophilie. Lors de l'évolution elle a accepté ensuite le fait de ne pas être opérée et prend conscience que ses douleurs abdominales étaient quand même liées à son anxiété, ainsi qu'à sa peur de la séxualité.

Elle nous racontera que, avant son hospitalisation, lorsqu'elle se sentait bien "moralement" les douleurs s'atténuaient beaucoup. Elle prend conscience aussi que l'intervention chirurgicale avait pris le problème par le mauvais côté, de même elle pourra exprimer toute son angoisse vis à vis de cette opération prévue. "J'étais sure que j'en mourrais... Je pensais que ne pourrais pas me remettre de l'intervention. Quand j'ai mes malaises, c'est comme si j'étais froide, froide." Ainsi elle érotise cette idée de la mort et cet état dans lequel elle est lors des crises lui permet d'une certaine façon, une espèce de jouissance, satisfaisant son masochisme.

L'évolution s. fait progressivement ainsi vers une amélioration et Madame C va accepter de façon beaucoup moins réticente et anxieuse de se faire suivre en vue d'une contraception sans intervention chirurgicale. L'amélioration parait liée aussi au développement chez sa fille de deux ans et demi, d'une anorexie mentale et le médecin traitant et le pédiatre lui ont dit qu'il fallait

que ce soit elle, la mère, qui s'occupe de l'enfant. Ainsi, Madame C sort du service à la mi-Décembre 1970.

Le diagnostic porté pour cette jeune femme est celui d'hystérie avec immaturité affective, forte dépendance associée à des traits de caractère psychopathique. [illegible] important avec facilité de passage à l'acte et des tendances mythomaniaques.

Madame C n'est pas une polyopérée, mais sa demande chirurgicale sur une telle personnalité nous avait fait envisager le problème de cette intervention qui semblait peu justifiée, sous l'angle des motivations de la malade et du chirurgien, ce qui nous a peut-être permis de mettre assez bien en évidence un des mécanismes qui ouvre la voie à des opérations multiples. Et c'est dans cette possibilité d'échange d'opinions entre le gynécologue et le psychiatre qu'a pu se réaliser l'abstention chirurgicale surement plus bénéfique pour Madame C qu'une intervention gynécologique pour "calmer ses nerfs". L'évolution à plus long terme ne nous est pas connue, peut-être Madame C a-t-elle trouvé un autre organe douloureux sur lequel un autre chirurgien interviendra.

COMMENTAIRES

Au terme de cette revue des cas rapportés dans la littérature, des cas que nous avons pu suivre personnellement ou dont nous avons pu reprendre les dossiers dans le service de la Clinique de Sainte Anne, nous pensons pouvoir poser un certain nombre de jalons.

Après avoir regroupé les données chiffrables de notre étude, nous tenterons d'établir une classification nosologique : place du syndrome de Munchausen, problème des dysmorphophobies, du délire, de la psychopathie, place de l'hystérie.

Nous essaierons d'éclairer ce problème en indiquant sommairement les directions offertes par la théorie analytique ; nous reviendrons ensuite sur le problème de la douleur et de sa signification, pour terminer sur quelques vues psychosomatiques, le rôle de la iatrogénie, le comportement médical devant de tels malades.

L'échantillonage des cas que nous avons étudiés ne représente sans doute qu'une catégorie bien particulière de malades poly-opérés : ceux qui, au cours de leurs périgrinations chirurgicales ont connu une ou plusieurs hospitalisations psychiatriques :
- elles sont parfois demandées par le chirurgien lui-même, devant un état dépressif consécutif à son refus d'opérer ;
- parfois, c'est sur l'initiative du médecin traitant, devant une symptomatologie psychiatrique des plus variables ;
- parfois enfin, le malade demande son hospitalisation en milieu psychiatrique pour faire établir par élimination l'organicité de ses troubles et permettre ainsi au chirurgien de pratiquer une nouvelle intervention : c'était l'état d'esprit de notre malade, Mlle D, lors de ses deux hospitalisations en 1965 et 1970.

De ce que nous avons pu recueillir des biographies, souvent incomplètes, nous isolons quelques données, sans prétentions statistiques :

- L'âge de nos malades au moment de l'hospitalisation psychiatrique, qui n'était pas forcèment la première hospitalisation en milieu psychiatrique, mais qui a permis la prise de l'observation, se répartit ainsi :

- de 21 à 30 ans : 4 cas
- de 31 à 40 ans : 5 cas
- de 41 à 50 ans : 1 cas
- de 51 à 60 ans : 2 cas

- Le milieu social d'origine de nos patients est très variable:

Petits commerçants 2
Ruraux 3
Ouvriers 1
Artisans 1
Professions libérales 1
Pas de renseignements 4

9 sur 12 ont été élevés par leur famille (6 par leurs parents, 1 par un oncle), 2 ont été placés par l'Assistance Publique, et nous n'avons pas de renseignements pour le 12ème.

- Les métiers se répartissent entre diverses activités, avec une prédominance de patientes travaillant dans les hopitaux ; pour beaucoup, tout travail est arrêté depuis plusieurs années. Nous avons recensé :

- 3 employés de bureau ou secrétaires
- 1 employée de magasin
- 2 travailleurs manuels : plâtrier, manutentionnaire
- 1 infirmière, 2 aides-soignantes, 2 employées à la Sécurité Sociale.
- Enfin une patiente sans qualification et qui n'a jamais travaillé.

- Les conditions de travail précèdant l'hospitalisation et le retentissement socio-économique du syndrome sont remarquables :

- 1 malade est en arrêt de travail depuis 2 ans
- 7 patients sont actuellement en invalidité :
  l'un depuis 12 ans
  un autre depuis 6 ans
  un troisième depuis 4 ans, après avoir été les

cinq années précédentes, en arrêt de travail pendant au moins 27 mois et avoir seulement travaillé 4 heures par jour pendant un an ; deux tentatives de reclassement professionnel ont échoué.
La durée de l'invalidité n'a pu être précisée pour 4 Malades.
- 2 patientes sont sans travail mais à la maison, sans avoir eu recours aux prestations sociales.
- Une seule patiente travaille effectivement, mais son efficience a beaucoup baissé ces dernières années.
- Une dernière bénéficie du doute : nous n'avons pas obtenu ce renseignement.

- Le nombre d'interventions varie de 1 à 14.

Deux de nos malades ne sont pas des poly-opérées confirmées. Pour Madame C toutefois, au cours de son hospitalisation, puis pour l'intervention qui devait suivre, nous avons acquis la conviction que cette jeune femme s'engageait sur la voie de la polychirurgie, en raison de sa personnalité, des avantages immédiats qu'elle tirait de cette intervention sur le plan sexuel, et du degré de fixation affective qu'elle manifestait envers son chirurgien.

Nous avons relaté le cas de Madame M pour deux raisons : en premier, son comportement franchement pathologique, son apragmatisme, la conviction inébranlable de son appendicite, l'affirmation des troubles imaginaires du transit, les idées de persécution qu'elle exprimait : tout ceci faisait envisager une personnalité pathologique et chez une malade aussi prédisposée, invitait à éviter une opération qui risquait d'augmenter les préoccupations exagérées ou de décompenser l'état psychique de cette malade.
La seconde raison est le comportement de son chirurgien : rappelons que, lors de la première intervention pour des douleurs abdominales rattachées à une prétendue appendicite, il pratiqua une hysteropexie, dit à la malade qu'il lui avait oté l'appendice, et ne parle d'hysteropexie ni à la malade, ni à sa famille ; plusieurs années après, consulté à nouveau, il pose à nouveau le diagnostic d'appendicite : "Mais, Docteur, vous me l'avez enlevé". "Non".
Nous nous sommes posés la question de savoir pourquoi le chirurgien avait agi ainsi et n'avait pas révélé la nature exacte de l'intervention.

Pour toutes nos autres malades, la longueur de l'évolution polychirur-

gicale peut faire parler de chronicité. Nous avons noté :

Moins de 5 interventions chez 4 patients

De 5 à 9 interventions chez 4 patients

De 10 à 14 chez 4 autres.

- Les organes enlevés sont très nombreux :

Appareil génital

3 hystérectomies, 2 hystéropexies, 1 myomectomie, 1 intervention pour rétroversion utérine, 2 castrations portant sur les deux ovaires, 1 ovarectomie unilatérale ; 1 résection du nerf présacré, 1 intervention pour mammite kystique.

Appareil urinaire

2 néphropexies; sur la vessie:1 intervention pour lithiase, 1 suspension aponévrotique du col vésical, 3 résections du col.

Abdomen

11 occlusions ou subocclusions opérées ; 1 vésicule biliaire, 1 estomac, 1 rate, 1 hémi-pancréas ; 2 hernies, 1 éventration ; 5 appendices.

Face

14 interventions sur le nez pour 2 malades ; 7 interventions sur les sinus pour 1 seule malade ; 1 cas d'amygdalectomie ; 1 cas d'ablation complète des dents ; de nombreuses interventions dentaires pour les autres malades ; 1 intervention sur les yeux pour strabisme.

Rachis

4 interventions pour hernie discale ; 2 greffes vertébrales.

Interventions neurochirurgicales

1 cordoctomie ; 1 topectomie ; 2 leucotomies préfrontales pour 2 malades ; 1 intervention stéréotaxique sur le thalamus.

Explorations chirurgicales diverses

3 explorations nerveuses ; 1 sciatique, 1 médian, 1 exploration des nerfs collatéraux des doigts ; 1 artériotomie.

Les examens complémentaires ont été trop nombreux et variés pour pouvoir être recensés : examens sanguins, radiologiques, endoscopiques, ponctions lombaires, encéphalographies gazeuses, ponctions sternales, biopsies osseuses, coelioscopies, discographies,... : il en est peu auxquels aient échappé ces patients.

- Les hospitalisations psychiatriques sont souvent multiples :

- 5 malades n'ont encore été hospitalisées qu'une fois
- 2 malades ont deux hospitalisations
- 1 malade a été hospitalisée trois fois
- 1 autre , cinq fois
- 1 autre, quinze fois
- pour 2 autres enfin, nous savons qu'il y a eu plusieurs hospitalisations, mais nous n'avons pu les recenser.

Il nous a paru intéressant de relever la date de la première intervention par rapport à la prise en charge psychiatrique.

Dans deux cas l'intervention précède le séjour psychiatrique de deux ans, pendant ces années intermédiaires, l'une des deux malades a été hospitalisée de nombreuses fois en milieu médico-chirurgical.

Dans deux cas l'intervention initiale a eu lieu quatre ans avant l'abord psychiatrique ; ces quatre années ont été marquées pour une des deux malades par 6 interventions.

Dans deux cas l'intervention a eu lieu six ans avant l'hospitalisation psychiatrique, et après 6 et 5 interventions intermédiaires.

Dans deux cas l'intervention initiale précède de dix ans l'hospitalisation, espace mis à profit par l'une des malades pour subir 12 interventions.

Dans un cas enfin, l'intervalle est de douze ans, pendant lesquels la malade a subi 7 interventions.

Nous l'avons vu le séjour psychiatrique ne suffit pas pour autant à interrompre la carrière chirurgicale de ces patients.

- Les diagnostics psychiatriques posés sont très variés, mais la prédominance d'états psychotiques dans notre groupe de malades est tout à fait remarquable, et nous ne croyons pas qu'elle s'explique seulement par le caractère particulier de notre recrutement de poly-opérés. Nous avons relevé :

Hystérie ..... 2 cas
Schizophrènie ..... 3 cas
Psychopathie avec élèments hystériques et pervers.. 1 cas
Personnalité pathologique avec traits interprétatifs... 1 cas
Délire hypochondriaque.. 5 cas.

Il y avait sur ces 12 cas, deux malades dysmorphophobiques : Mlle D est une hypochondrie esthétique délirante et Mlle Y est une schizophrène.
Sur ces 12 malades, trois présentaient une appétence toxicomaniaque très nette : Mlle B, Madame J, Madame O. Deux d'entre elles, Mlle J et Mlle B, utilisaient les stupéfiants. Aucune n'est alcoolique mais il y avait 11 femmes sur 12 malades.

Essai de classification nosologique

Pour aucun de ces malades, sauf, avec des réserves Madame J, nous n'avons porté de diagnostic de syndrome de Munchausen. Si nous retrouvons chez plusieurs "l'appétence" médicale ou chirurgicale, la toxicomanie, les difficultés qu'ils provoquent avec leur entourage au cours des hospitalisations, cela ne nous semble pas suffisant à établir le diagnostic de Munchausen ; avec les auteurs polonais, nous pensons que ce terme doit être conservé, mais sans élargir la définition.

Pour les avoir longuement exposés au chapitre de l'historique, nous ne reviendrons pas sur les cinq caractéristiques que demandait ASHER pour établir le diagnostic de Munchausen.

Mais nous aimerions souligner plusieurs différences qui nous paraissent essentielles entre nos poly-opérés et les poly-hospitalisés de type Munchausen. Ces derniers, très souvent des hommes, sont des marginaux dont la vie familiale, sociale, est totalement désinsérée ; habituellement immatures, ces individus utilisent curieusement la médecine ou la chirurgie pour se valoriser, et cette valorisation porte le plus souvent sur le nombre de cicatrices "collectionnées". Voilà déjà deux élèments que nous ne retrouvons pas chez nos patients, mis à part peut-être la tendance de Madame J à exhiber ses cicatrices dans les couloirs du Service. Chez les "Munchausen", l'attitude de revendication est pratiquement constante,

et semble permettre d'extérioriser l'agressivité qui, dans un premier temps, était tournée contre leur corps et avait conditionné la recherche de mutilations.

Les conflits avec les chirurgiens ou les médecins sont beaucoup plus fréquents. Ils se font mettre dehors de l'Hopital et l'on retrouve les comportements psychopathiques : en effet lorsqu'ils changent d'Hopital, de médecins, d'opérations, ils ont les mêmes difficultés relationnelles. Cette attitude se situe au sein d'une mythomanie et d'un désir plus ou moins conscient de mystification. De tels patients sont très souvent des psychopathes, avec des variations de type pervers ou hystérique. Nos malades ne reprochent pas au chirurgien de les avoir opéré mais leur hostilité se manifeste quand ils se heurtent à un refus.

Comme l'écrivait SPIRO, la nature de la maladie psychiatrique doit vraisemblablement varier d'un malade à l'autre. De même qu'une douleur psychogène peut être causée par une réaction dépressive, une réaction de conversion, une réaction psychophysiologique, ou peut-être causée par le système somatique délirant du schizophrène, de même la "maladie simulée" peut être symptomatique de plusieurs désordres psychiatriques.

Deux des malades étudiés, Mlle D et Madame Y, font porter leur quête chirurgicale et leur symptomatologie sur un organe prévalent : le nez. Ce sont deux cas de dysmorphophobie. Ce terme, synonyme de la crainte obsédante d'être laid, de ne pas plaire à l'autre, avec au-delà, l'angoisse, est un symptome que l'on retrouve dans de nombreuses affections psychiatriques. Pour les psychiatres soviétiques, tel KORKINA, la dysmorphophobie se situe intégralement dans le cadre de la schizophrènie. On peut observer transitoirement des périodes de dysmorphophobie au cours de crises juvéniles, ou au cours d'anorexie mentale, les deux malades dont nous rapportons l'observation sont des psychotiques.

Pour l'une, Mlle Y, la préoccupation esthétique est une conviction absolue et non discutable de la réalité de la laideur : il faut réopérer pour faire enlever la cicatrice, et si cette réintervention risque de faire un trou, la malade déclare : "Je veux aller jusqu'au bout". Notons que chez ces malades, c'est dès la deuxième enfance que surviennent ces problèmes.

Dans le tableau clinique des dysmorphophobies, il existe à la fois :
- un trouble de l'image de soi
- un narcissisme marqué avec des tendances exhibitionnistes, et
- un déplacement des problèmes affectifs vers des préoccupations touchant le plus souvent le visage.

L'image de soi n'est pas une donnée première. Elle implique une construction progressive depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte. Cette formation de l'image de soi est complexe et évolue parallèlement à la formation de la personnalité, de la conscience de soi. Evolueront ainsi simultanément l'intégration de schéma corporel et la personnalisation.

Chez le nourrisson, "l'image de soi se constitue essentiellement à partir de l'image de l'objet" écrit LEBOVICI. La formation de l'image de soi est dûe à un processus de différenciation sujet, objet, que nous allons envisager.

Au cours de la phase de narcissisme primaire, existe une indifférenciation Moi - non Moi.

LACAN a mis en évidence dans son étude sur le stade du miroir

comment agissait les processus d'identification permettant cette différenciation et formant l'ébauche d'une prise de conscience de soi ou d'une image du corps total. Pour LACAN, l'image primitive réside dans la relation nourricière qui unit l'enfant à la mère, les données proprioceptives restant encore incoordonnées. La vision va jouer un rôle décisif dans l'unification où le sujet se dissout dans l'image d'autrui en même temps qu'il s'y trouve. Le stade identification du "stade du miroir" se produit vers l'âge de 6 mois. L'enfant n'a encore de lui-même qu'une image de corps morcelé. La "mimique jubilatoire" de l'enfant de 6 mois mis devant un miroir montre qu'il a la compréhension de l'unité de son corps. Par cette "intuition illuminative", il se perçoit comme forme humaine dans laquelle il reconnait à la fois lui-même et autrui. A une image de son corps démembré, se substitue le sentiment d'être un, physiquement et affectivement.

Cette génèse de la conscience de soi et de l'image corporelle, va continuer à évoluer au cours des différentes étapes de la vie instinctivo-affective.

RACAMIER insiste : "Il me semble aussi qu'il faut insister à cette période sur la fonction importante des caresses prodiguées par la mère sur l'ensemble de l'enveloppe corporelle de l'enfant, ces caresses favorisent l'intégration en un tout qui se tient, des morceaux épars et des expériences inintégrées dont se constitue le sentiment normal du corps propre".

La permanence de la communication au sens de la dyade mère enfant, permet la constitution de l'image de soi à partir de l'image des objets. L'attitude de la mère en face du physique de l'enfant est très importante. LEBOVICI insiste sur le double sens de la relation objectale:

"... au sein de la dyade mère-enfant, se développent de façon continue une série de processus circulaires qui expriments les actions et réactions des deux membres du couple..."

Il est intéressant d'étudier "comment le bébé agit sur sa mère qui à son tour, peut modifier son attitude affective en fonction de la manière dont elle vit cette relation établie sur des bases qui engagent ses énergies narcissiques".

A la puberté, se poseront à nouveau des problèmes de reconnaissance du corps et d'identification corporelle. Il est intéressant d'étudier comment l'adolescent ressent l'actualité de son corps dans

sa relation aux aspirations libidinales et à l'adaptation sociale.

P. MALE écrit à ce sujet : "... les relations rapides et déconcertantes de l'organisme à cet âge sont inégalement acceptées par les enfants. Il existe très souvent un doute, un besoin de réassurance.. et peu d'adolescents acceptent leur aspect physique d'une manière satisfaisante. Ces problèmes d'acceptation sont évidemment subordonnés aux conflits antérieurs..."

Ces difficultés d'intégration du schéma corporel d'acceptation de la personne physique évoluent parallèlement aux difficultés d'intégration de l'instinct et ultérieurement, des changements spécifiques de l'image corporelle surviendront, notamment au cours des différents épisodes de la vie génitale chez la femme et du vieillissement. Parallèlement à cette formation de l'image du corps, évolue la fonction de la conscience de soi. Image et conscience de soi, sont étroitement liés. La permanence du sentiment de soi est le processus essentiel par lequel le Moi s'assure la saisie du réel et l'organisation de l'expérience vécue. Une perturbation à un stade quelconque de cette évolution est à l'origine des troubles de l'image du corps.

Comme nous l'avons déjà vu, on retrouve chez les dysmorphophobiques un désir de se montrer, se mêlant à une crainte d'être laid, le narcissisme s'accompagnant d'exhibitionnisme.

Otto FENICHEL écrit à ce sujet dans "Théorie psychanalytique des névroses" ; "... Les craintes d'être laid ou repoussant se révèlent comme les craintes de son propre exhibitionnisme. Certaines personnes présentant de telles peurs, luttent inconsciemment pour montrer leur excitation sexuelle, et craignent d'être rejetées ou punies pour de tels désirs ..."

Dans le même chapitre, il fait un essai d'interprétation symbolique de la crainte d'être laid : "... La laideur peut représenter la grossesse ou l'état de castration... Le sentiment de base sous-jacent est la culpabilité. Chez les femmes, la conviction d'être repoussante est basée sur la connaissance de leur défaut de pénis, idée en rapport avec des sentiments de culpabilité provoquées par la masturbation et les idées incestueuses. De même, chez les garçons, une telle angoisse a un sens d'une découverte possible des terribles conséquences d'une activité masturbatoire..."

Il existe ainsi chez ces sujets des conflits exhibitionnistes, s'exprimant par les symptomes précédemment décrits et aussi par la timidité, le trac,l'érythrophobie souvent associés.

FENICHEL rappelle ailleurs que le but de l'exhibition, n'est pas seulement de procurer un plaisir sexuel, mais aussi des assurances contre l'angoisse, la culpabilité, le sentiment d'infériorité, symptomes cliniques fréquemment retrouvés.... Tous ces besoins narcissiques de réassurance sont aisèment perçus chez ces sujets.

Après ce bref rappel théorique sur l'exhibitionnisme, nous pouvons proposer un essai d'interprétation du système "crainte d'être laid". On assiste chez ces sujets, à un conflit entre le désir de se montrer et l'impossibilité de réaliser ce désir, car "on ne peut se montrer sans être parfait". Le symptome apparaitrait ainsi comme une défense contre le désir de se montrer.

Quant au déplacement des problèmes affectifs vers des préoccupations concernant le visage, il s'agit là d'un mécanisme de défense. L'attention du sujet est constamment fixé sur un détail du corps, l'angoisse se trouvant ainsi déplacée.

Nous avons déjà envisagé précedemment le problème de l'acceptation de son nouveau schéma corporel par l'adolescent après la puberté; il est évident que les doutes concernant le physique rencontré fréquemment à cet âge, sont les déplacements des problèmes instinctuels encore mal intégrés.

Ce déplacement de l'angoisse au sujet du schéma corporel, si apparent chez l'adolescent se retrouve aussi comme mécansime de défense chez ces sujets ayant peur d'âtre laids.

Il est vraisemblable qu'un mécanisme très voisin intervient dans la fixation des préoccupations du sujet, non plus sur un élèment de son schéma corporel "externe", mais sur l'un ou l'autre de ses organes internes.

Cinq de nos malades ont fait porter le diagnostic de délire hypochondriaque.

Parfois l'angoisse semble vécue dans la matérialité même de l'existence personnelle, objectivée, incarnée dans la vie du corps et de ses organes, en tant qu'il est à la fois porteur de l'existence et moyen de communication ; c'est le domaine de l'hypochondrie.

Cette altération de la conscience de soi vécue au niveau du corps exprime l'écart entre le comportement réel du sujet tel qu'il apparait à autrui et le vécu intime de sa personne tel qu'il l'éprouve lui-même. Les vicissitudes de l'élaboration de l'image du corps vont se manifester à l'occasion des frustrations. Si cette élaboration a été troublée, la frustration peut être ressentie comme castration ou plus encore comme morcellement : "L'image du corps habituellement silencieuse devient donc émettrice, si l'on peut dire, chaque fois qu'une frustration s'annonce. Cette frustration peut n'être que la nécessité imposée par la réalité, de modifier un régime économique. Le sujet demandera alors de son image corporelle la satisfaction qu'il estime avoir obtenue par la présence concrète de l'objet partiel".

La demande chirurgicale, le désir d'être opéré, a certainement une fonction défensive. Il ne se produit pas de dépersonnalisation tant que la demande chirurgicale maintient ces sujets dans un certain aspect de la réalité.

C'est ainsi, inversement, que pour Madame O et Mlle G, le délire apparait lorsque la demande chirurgicale cesse.

Or, cette demande nous apparait comme une conduite délirante ; mais c'est une manière de vivre qui empêche la dissociation ; tant qu'elle existe le "mauvais objet" est situé, le mal est localisé, il est finalement rassurant de savoir où le situer : c'est une sorte d'assurance contre la psychose.

Voilà donc une conduite très particulière, comportant des projections délirantes très centralisées, encore qu'elles puissent déborder, mais généralement peu. Si l'absence d'affirmations nettement délirantes parait un critère suffisant pour éliminer la nature psychotique du syndrome, la chronicité, la fixation centralisée, polarisée, nous font envisager au moins dans certains cas, une troublante contiguité avec le délire.

Il existe bien, parfois, quelques mécanismes interprétatifs, comme nous l'avons observé chez deux de nos malades, Madame O et Mlle G : "Je ne pouvais entrer au café, ni aller dans le métro, car avec de tels cernes sous les yeux, les gens pensaient que j'avais fait la vie..." ou bien "Avec l'oeil comme je l'ai, je ne suis plus normale, les gens me regardent dans la rue et ils le voient bien..."

Ces mécanismes interprétatifs, l'impression que tout le monde les observe, se moque d'elles, entrainent pour nos patientes un isolement progressif où elles vont s'installer peu à peu, rompant les relations avec les amis pour se retirer chez soi, cessant de travailler: c'est la rupture avec le monde, à la phase de décompensation du délire.

Mais, aussi longtemps que dure l'appétence chirurgicale, il y a chez ces malades une survalorisation du corps, sur lequel se portent non seulement des thèmes de préjudice, mais aussi des thèmes de grandeur, avec la notion de "cas", ou de héros exhibant ses cicatrices : le corps sert en quelque sorte de pièce à conviction. La relation avec autrui prend une tonalité agressive : le corps est à la fois sujet et moyen de revendication.

Au total, il ne s'agit pas du délire habituel, parlé, verbalisé ou entendu, mais d'un délire vécu dans le corps.

Evoquons les rapports entre l'hystérie et la psychosomatique. Pour BRISSET, ils peuvent être conçus comme une variation discontinue de l'activité de la représentation des pulsions par les fantasmes : le refoulement des réprésentants pulsionnels aboutit à une situation névrotique où l'hystérie tient une place majeure.

La répression de l'expression hystérique est un fait d'ordre socio-culturel et elle engendre les états psychosomatiques.

C'est ainsi que, sous la pression du milieu socio-culturel, le sujet va changer de langage : la transe devient angoisse ou syncope ; la relation altérée avec autrui choisit une forme de déguisement moins répérable, se réfugie dans une position plus ou moins inexpugnable, telle une algie, ou prend l'aspect d'une maladie "intéressante" pour le médecin, telle une allergie ; parfois elle s'enfonce encore plus loin dans la profondeur d'une somatisation viscérale. L'observateur, représentant la société qui entoure le sujet, est l'artisan de ce phénomène de mutation pathologique. La société, le groupe, tantôt tolère l'hystérie, tantôt l'autorise et même l'exploite, parfois la réprime. "L'artisan principal de ces variations d'attitude, écrit BRISSET, c'est le médecin".

Le rôle du médecin ne porte pas que sur ces "variations" ; il intervient directement dans la constitution de la somatisation, sur la mutation pathologique : si d'aventure un hystérique à la Charcot vient à se manifester, c'est bien souvent le médecin qui se charge de lui faire rentrer l'hystérie dans le corps, lieu d'où elle risque de ne plus sortir.

Et c'est cette mutation, lorsqu'elle n'est pas reconnue, qui risque de faire entreprendre de multiples recherches, examens complémentaires, et éventuellement de conduire à l'intervention.

Notre malade Madame B, disait de ses premières douleurs gastriques : "Je pensais que c'était nerveux, j'ai su que ce n'était pas cela, puisqu'on a trouvé un ulcère". La sanction chirurgicale suivit. Comme l'écrit BRISSET, ces formes de passage entre hystérie et psychosomatique sont des formes mal structurées, des modèles en quelque sorte indécis et instables, peu durables, régis par des lois de quantité et de moment tout autant que par des lois de structure.

Et devant ces formes de passage, le médecin, doublement

sourd et aveugle aux images et au langage de l'inconscient de l'autre et de soi-même, demande au laboratoire et au microscope de donner une réponse qu'ils ne peuvent donner. "... ainsi se poursuit jusqu'à la maladie la métabolisation que le refoulement avait commencé, au profit de la morale, de la société, et de la médecine tehcnique...", le médecin refusant de quitter la voie de "l'illusion de la toute-puissance thérapeutique et de la magie de l'action".

Dans d'autres cas, la première intervention est réalisée pour une lésion organique précise, avec des indications opératoires indiscutables ; mais, lorsque la personnalité hystérique de la malade s'y prête, elle emprunte par la suite la symptomatologie de cette première maladie organique pour "s'exprimer", et le tableau chirurgical réalisé amène la réintervention, puis une nouvelle demande : "C'est enchainé", nous disait Mlle D, parlant de ses multiples interventions sur le nez.

Une autre question est de savoir quelles peuvent être les relations entre Hystérie et Schizophrènie, sous l'angle des formes de passage de l'une à l'autre.

Nous nous rapportons pour cette interrogation au travail de T. LEMPERIERE, concernant la fréquence des évolutions dissociatives chez les malades diagnostiquées à un moment comme hystériques : "Parmi nos 78 femmes hystériques, quatre peuvent être considérées comme des psychotiques ; ces quatre malades ont toutes eu des états crépusculaires ; trois sont des poly-opérées... Trois faits nous paraissent à retenir :

- la fréquence des épisodes crépusculaires qui ont été plusieurs fois répétitifs,
- la fréquence des interventions chirurgicales abusives,
- le caractère polymorphe et transitoire des accidents de conversion déficitaire ".

Nous croyons possible de rattacher à ce problème de passage de l'hystérie à la schizophrènie, le cas de Mlle B.

En effet, lorsque son histoire fut rapportée au Congrès de 1965 par notre Maître G. BOUDIN et ses collaborateurs, dans un exposé intitulé : "Le danger que peut représenter le comportement hystérique d'une malade dans l'équilibre de son colloque avec le médecin", ce fut pour mettre en relief les conséquences somatiques des symptomes de conversion ou des interventions intempestives chez l'hystérique. La conclusion de son observation, à cette époque, était la suivante :

"L'état névrotique à composante hystérique et anxieuse de cette malade niant toujours les intoxications médicamenteuses a entrainé : extraction de toutes les dents, investigations pour suspicion de tumeur de la fosse postérieure, gastrectomie des 2/3, pancréatectomie partielle avec splénectomie... Cependant les anomalies de l'EEG, les perturbations de la glycémie (on ne sut que plus tard qu'elle se faisait des injections d'insuline), l'intensité de l'hypochromie avec un fer sérique à 25 gammas, ne sont pas expliqués de façon satisfaisante par l'intoxication avouée (sous narcose elle avait reconnu prendre des barbituriques et des anticoagulants). Existe-t-il d'autres intoxications, des maladies organiques associées?

Le problème reste posé, entretenant indéfiniment la perplexité des médecins ".

Par la suite le diagnostic envisagé allait évoluer vers celui de psychose ; actuellement les nouvelles récentes que nous avons de Mlle B nous ont appris son hospitalisation dans un Hopital psychiatrique pour état psychotique associé à une toxicomanie.

Comme c'est souvent le cas, l'explication psychanalytique de ces comportements est extrêmement séduisante. Plusieurs hypothèses ont été avancées, et les publications de MENNINGER sont particulièrement précieuses en ce qui concerne leur regroupement.

L'une des motivations déterminantes dans le choix de la chirurgie parait en rapport avec un transfert de l'image du Père sur le chirurgien, avec ce qu'il représente de force, de prestance, de dynamisme, et parfois de rudesse : car c'est un fait d'observation courante que certains chirurgiens les plus renommés ne sont pas particulièrement réputés pour l'affabilité de leur abord. Ces caractères, réels ou seulement prêtés au chirurgien, semblent jouer un rôle important dans le choix inconscient que font ces personnalités névrotiques.

Il s'y ajoute pour beaucoup de malades une position sado-masochiste qui vient renforcer le transfert, positif et négatif, envers le chirurgien : il faut ainsi ajouter au lot de ceux qui désirent ardemment l'amour du père et vont jusqu'à la chirurgie dans l'spoir de l'obtenir, ceux dont l'acceptation de cet amour du père est conditionné par le masochisme au point de ne le concevoir qu'exprimé sous forme de douleur.

Cette recherche opératoire, aussi bien chez l'homme que chez la femme, est parfois interprêtée comme la réalisation du désir d'un enfant, et ceci tout particulièrement lorsque, dans l'enfance, le sujet a imaginé sa naissance comme le résultat d'une intervention type césarienne. (Il s'agit d'une symptomatologie parallèle à ce que Karen HORNEY en 1933, a décrit sous le nom de négation du vagin).

On en rapprochera l'appendicite rapportée par FREUD dans l'analyse de Dora :cette crise d'appendicite marquée par de la fièvre et des douleurs abdominales survint peu après la mort d'une tante que Dora aimait beaucoup et 9 mois après une scène de séduction de la part d'un homme qu'elle espèrait inconsciemment épouser. "La prétendue appendicite avait ainsi réalisée un fantasme d'accouchement par les moyens modestes dont disposait la patiente..."

Ceci conduit à un nouveau type de satisfaction inconsciemment recherché par le biais de l'intervention : la recherche de la castration,

ou plus exactement, le souhait d'être délivré de l'anxiété en subissant cette castration.

Cette recherche comporte au moins deux élèments :
- le besoin d'une punition
- l'érotisation de ce besoin.

La forme sous laquelle la punition réalise au mieux ces deux élèments est la castration : le sujet paye ainsi le prix de ses crimes (souhait de châtrer son père, souhait de vivre avec sa mère, masturbation en tant qu'elle équivaut aux deux précédents), et en même temps il s'émascule, c'est-à-dire se transforme en un individu chatré au féminin, de telle sorte qu'il est plus apte à recevoir l'amour de celui qui l'a castré.

Il faut bien préciser que ce désir de castration n'est pas identique à une auto-destruction. C'est au contraire exactement l'antithèse : c'est le désir d'éviter la mort ; c'est l'offrande du pénis en sacrifice, au lieu de la personnalité toute entière. C'est pourquoi le malade menacé de psychose recherche l'intervention, c'est pourquoi l'adolescent psychotique que tracasse sa masturbation va chez l'urologue pour se faire circoncire. De même que la circoncision est un sacrifice consenti à la place des organes génitaux dans leur ensemble, organes que le garçon craint qu'on lui coupe parce qu'il s'est masturbé, de même l'offrande du pénis est un sacrifice propitiatoire contre les tendances auto-destructives.

C'est la substitution d'une destruction partielle à la destruction globale. C'est la tentative de dernière minute pour sauver l'ensemble en sacrifiant une partie. C'est le moyen de faire triompher les instincts de vie et non pas l'instinct de mort.

C'est ainsi que l'on entend certains psychopathes énoncer : coupez mon pénis, chatrez-moi ou je ne peux pas vivre.

Il reste à discuter comment ce processus d'amputation peut être déplacé de façon telle que d'autres organes du corps deviennent l'offrande et le sacrifice.

On connait la brillante suggestion de FERENCZI que les conversions somatiques semblent représenter une génitalisation de certaines partie de l'individu : et de même que le pénis est sacrifié pour sauver

Le reste de l'individu, de même que le prépuce est sacrifié à la place du pénis, de même d'autres organes (moins directement intéressés) vont devenir des substituts de pénis pour sauver le vrai pénis.

Comme l'a dit FREUD "nous ne savons pas exactement comment certains organes se génitalisent psychologiquement, mais notre expérience clinique nous montre pourtant que c'est ce qui se produit ".

ALEXANDER en 1930 exprime cette notion de la façon suivante : le névrosé se débarasse lui-même de la peur inhibitrice de son sur-moi par des chatiments qu'il s'inflige et qui sont des castrations symboliques. Au lieu de rejeter certaines impulsions instinctives, le moi du névrosé s'inflige des punitions à lui-même et, ayant souffert, ne voit plus de raisons de se priver de telle gratification instinctive. Ces castrations symboliques, orales et anales, s'accomplissent à travers une régression, c'est-à-dire une érotisation accrue des régions non génitales de l'organisme, et particulièrement les régions auxquelles son enfance l'a prédisposé, car de telles castrations sont moins redoutées que ne le serait alors l'agression génitale. Toutes les parties du corps peuvent être génitalisées, les unes après les autres ; de telle sorte que certains individus vont être amenés ainsi à se faire couper en morceaux. Cette motivation ne représente pas le souhait d'être puni mais celui d'être châtré. Ce qui comporte non seulement le besoin de punition mais aussi les satisfactions érotiques qui dérivent de la punition et de la souffrance... en raccourci : le masochisme.

La recherche répétée de l'intervention comporte également l'espoir de recevoir attention, sympathie et même pitié, en tant que seule forme acceptable de l'amour, et l'espoir d'être materné dans sa souffrance par des substituts du père et de la mère. Il faut y ajouter le besoin d'être vu, et cette satisfaction exhibitionniste est un sous-chapitre du désir de castration.

Mais il est probable que le fait de s'adresser à la chirurgie dans l'espoir de souffrir, de souffrir dans le but de provoquer la pitié, de rechercher la pitié en tant que substitut de l'amour, est un processus psychologique bien différent de l'érotisation secondaire, masochiste, de la souffrance primitive, stratagème destiné à tirer le meilleur parti d'une mauvaise affaire.

En conclusion de ces interprétations analytiques, on peut

considérer certainesde ces conduites comme on le ferait du suicide : celui-ci peut être limité dans l'espace, partiel, et dans ce sens il est un substitut de castration. Nous savons que l'être humain désire se châtrer lui-même et le degré auquel il y parvient est un index de sa normalité.

Pourquoi recherche-t-il la castration ?

L'expérience analytique montre qu'il cherche par là à éviter une destruction plus poussée. Pour l'accomplir, il peut utiliser l'automutilation sous toutes ses formes, certains accidents significatifs, un certain nombre de maladies. Et les interventions chirurgicales peuvent être également recherchées dans le même but inconscient, la destruction localisée étant ainsi obtenue par la main d'un autre, à la fois punition et sacrifice expiatoire, avec les satisfactions secondaires, procurées par l'érotisation de l'expérience masochiste, la gratification d'un fantasme de mise au monde et la situation de transfert créée avec le chirurgien. Mais dans cet équivalent de suicide partiel ,

1° - la domination envahissante de l'instinct de mort est absente, la mort de l'organisme entier étant évitée par le sacrifice d'une partie.

2°- la responsabilité de l'acte est partiellement transférée sur un intermédiaire.

3°- les possibilités d'obtenir des bénéfices secondaires sont utilisables dans une plus grande mesure.

Reprenons maintenant, comme nous nous le proposions au début de ces commentaires, le problème posé par la douleur et son expressivité. Il faut l'envisager dans le cadre de la motivation de ces malades qui on une appétence particulière pour la chirurgie.

Une des plus anciennes discussions sur la psychogénèse de la douleur provient du travail de REIK sur la couvade. Les manifestations en sont connues depuis longtemps et sont représentées par des phénomènes de pseudotravail associées à d'autres symptomes telles les céphalées, les nausées, des douleurs localisées surviennent chez des hommes dont la femme est enceinte ou accouche. REIK avait interprêté ce phénomène comme servant primitivement à protéger la femme contre l'hostilité latente et l'agressivité sexuelle venant de l'homme.

BARDHAN, étudiant des cas semblables, les considère comme des formes d'hystérie.

Pour FREUD, dans la mesure où il s'est intéressé à la douleur physique dans ses premiers ouvrages, la douleur est un symptome habituel de oonversion ; une agression pénible se transforme en douleur corporelle ; le choix du symptome est déterminé par des évènements antérieurs et la douleur revêt souvent une signification symbolique ; enfin il y aurait toujours un substrat organique, parfois même une lésion localisée (par exemple une contraction musculaire), au moins de toute façon une trace dans la mémoire ; ce dernier point est controversé par les exégètes de FREUD: SPEAR écrit qu'il est indéfendable car certains individus, en particulier les schizophrènes, ne montrent pas de lésion périphérique et pourtant se plaignent de douleurs ; d'autre part cette hypothèse de trace mnésique réalise une confusion du langage physiologique et du langage psychologique. Ultérieurement, dans la plupart des théories analytiques, la défense inconsciente contre l'agression reste mise en première place. C'est ainsi que de nombreux auteurs ont insisté sur l'association de culpabilité, de ressentiment, d'hostilité et de douleur et ont souligné la signification symbolique de la douleur. Certains, de plus, ont noté que les malades présentant ces associations d'élèments ont aussi une tendance à rechercher des opérations inutiles.

SCHILDER après MORH, insiste sur la relation toute spéciale qui existe entre les facteurs psychiques et la spécialisation de

certaines douleurs ; ils seraient déterminés par l'existence de culpabilité et de là arriveraient souvent quand le plaisir a été expérimenté sur un endroit particulier du corps. Dans un premier cas étudié par SCHILDER, la douleur apparait dans des parties du corps sur lesquelles le malade a des fantasmes homo-sexuels. La douleur est alors une défense et un fantasme pervers et une punition envers ce fantasme. Dans le deuxième cas, le malade se plaignit de douleurs au niveau des organes génitaux. Au cours de l'analyse de ce malade, il apparut que la douleur était étroitement liée à l'excitation sexuelle. SCHILDER interprête la douleur de ce malade comme une défense contre la sexualité et comme une satisfaction perverse et sado-masochiste. Il insiste sur la valeur de communication de la douleur, l'importance des expériences de l'enfant, la mésentente familiale, la sévèrité du père et la relation entre le sadisme et la douleur génitale. Il insiste aussi, non seulement pour l'asymbolie à la douleur, mais aussi pour la douleur en général, sur l'importance du modèle postural du corps.

Pour MICHAUX, la douleur et la symptomatologie que l'on observe chez certains névrosés, vont jouer le rôle de refuge, et correspondent à un choix, une politique où la douleur compense en même temps leur infériorité de malades. Cette douleur les assure d'une pitié, dérisoire substitut de l'amour, voire leur permet une satisfaction vaniteuse lorsqu'elle est vécue comme un cas unique, leur assurant par là une promotion dans l'aristocratie de la maladie. La douleur morale anxieuse est athématique au départ ; mais si l'anxiété normale est habituellement jugulée, l'anxiété du névrosé lui fait rechercher inconsciemment un substrat sur lequel fixer son inquiétude, et ce substrat peut être physique. Il va alors brandir cette douleur physique comme insupportable, atroce, intolérable, en la localisant dans une région du corps où avait existé antérieurement un élèment douloureux depuis lors disparu ou très atténué ; l'anxiété va la réactiver.

Selon MICHAUX, il existe des insatisfactions, des douleurs affectives qui font invoquer au malade une douleur corporelle, par réticence ou par dissimulation des vrais problèmes. Ce sont, écrit MICHAUX, des "algies-alibi, des douleurs cache-chagrins... et l'algie représente un langage chiffré, l'expression anonyme et souvent symbolique de la détresse". Nous citerons le cas d'une patiente de 50 ans,

hystérique et exprimant verbalement une douleur morale importante, qui disait : "J'aimerais mieux qu'on m'ouvre le ventre que de souffrir ainsi..." Or, elle avait subi quelques mois auparavant une hystérectomie dont les indications paraissaient pleinement justifiées, mais dont elle avait fait reculer la date pendant plus d'un an.

Plus récemment, deux théories sur les aspects psychologiques de la douleur ont été élaborées par SZAZ et ENGEL.

SZAZ présente sa théorie dans une monographie sur "La douleur et le plaisir", où ceux-ci sont présentés comme des sensations du corps, et il propose une modification du modèle analytique de base de l'expérience psychologique en ajoutant aux trois systèmes préalables, le Moi, le Sur-Moi et le Cà, un quatrième qui est la réalité extérieure. La place du corps dans ce schéma est mal définie, aussi SZAZ suggère-t-il que le corps est perçu par le moi comme un objet. Les douleurs surviennent alors comme la conséquence d'une menace, ou comme une blessure du corps, un peu comme l'anxiété dérive d'une menace d'un objet extérieur. La question de savoir si le symptome est considéré comme organique ou fonctionnel, dépend de l'appréciation de l'observateur sur la réalité de cette menace qui peut toucher le corps. Une fois définie la nature de la douleur, la signification du symptome doit être considérée. La douleur peut être considérée à trois niveaux de symbolisation.

Au premier degré les communications sont essentiellement celles qui concernent les symptomes physiques. Ce sont des faits directs que le clinicien peut estimer pour évaluer le symptome.

Le niveau suivant de symbolisation implique l'utilisation de la douleur comme une demande d'aide. Le second niveau est toujours impliqué dans toute expression de la douleur. Le premier et le second niveau, sont donc inévitablement liés. Cependant il y a des moments ou le second niveau est prédominant et il est important de les apprécier et de répondre à cet appel à l'aide.

La communication au troisième niveau de symbolisation est plus complexe et il semblerait ressortir de la discussion de SZAZ que c'est à ce niveau que la douleur peut persister comme un symbole de rejet si la demande de secours n'a pas reçu de réponse, s'il y a eu frustration au niveau de l'appel. La répétition de la plainte, de la douleur peut devenir une forme d'agression ; la souffrance peut ainsi expier la culpabilité.

ENGEL en 1951, pour sa discussion sur la nature de la douleur, va se servir d'un travail concernant 19 femmes et un homme qui souffrent de névralgie faciale atypique. Il considère que ces malades présentaient un symptome d'hystérie de conversion mais il souligne que ces malades avaient des caractères structuraux de type masochiste montrant de nombreuses variétés de comportement d'auto-punition. Il souligne la fréquence, dans leur cas, d'opérations chirurgicales inutiles, la présence d'autres symptomes somatiques, la tolérance à la douleur organique souvent même avec brio, et la disparition de la douleur dans des moments très difficiles ou quand il y avait d'autres causes de souffrance physique ou mentale. Dans une discussion plus récente de ces cas et d'autres observations, il surnomme ce type de malades "the pain-prone patient", le malade qui attrape la douleur, malade prédisposée à la douleur . Comme d'autres auteurs, mais de façon plus claire il avance que la douleur peut servir de signe d'alarme pour une agression au niveau du corps, qu'elle a une fonction de communication et qu'elle est liée à des idées de punition, d'agression, de culpabilité, de sensations sexuelles en général et de perte d'un objet aimé. Il considère que chez ces malades le développement du symptome douleur est en rapport très direct avec des parents autoritaires, hyper-punitif. Il soulignait aussi la fréquence de caractéristiques individuelles variables chez ces "malades à douleurs" qui étaient antérieurs à la survenue de la douleur, et il disait qu'on pouvait être enclin à penser que ceci étant en relation avec l'apparition de la douleur, ainsi ces malades avaient une tendance naturelle à se mettre eux-mêmes dans les conditions de leur malheur. (Il y avait une culture en quelque sorte, de la situation qui produit la douleur). ENGEL ne donne pas de preuve statistique ni quantitative de son interprétation mais l'histoire de vie d'un grand nombre de cas est en faveur de son argumentation. La plupart d'entre eux donnent des signes de mécanisme de conversion hystérique, mais il note aussi l'association de la douleur avec des syndromes dépressifs, où il dit qu'ils servent alors à liquider la culpabilité, avec l'hypochondrie qu'il mentionne comme une entité différente et aussi avec la schizophrènie.

Ces discussions théoriques suggèrent que l'hostilité est un facteur important dans la génèse de la douleur, soit directement, soit à travers le culpabilité qu'elle produit. Quelques auteurs pensent que c'est là un phénomène général, mais ENGEL postule que

l'existence d'une certaine structure de la personnalité est nécessaire à la production de la douleur, alors que SZAZ suggère qu'il y a une situation symbolique bien plus complexe, comportant en particulier la reconnaissance qu'un danger menace le corps.

Les études faites par BLANTON et KIRK soutiendraient les thèses de ENGEL sur les interventions chirurgicales non nécessaires, ainsi que leur étude sur les appendicectomies. Déjà en 1930, CROHN avait remarqué que l'intervention pour appendicite survenait fréquemment chez des malades ayant des douleurs abdominales en rapport étroit avec une maladie névrotique. (psychique). BLANTON et KIRK, en 1947, dans une étude sur 61 malades appendicectomisés, montrent que les 17 malades qui n'avaient pas de symptomes de pathologie organique démontrables souffraient de maladies névrotiques.

La preuve concernant l'appendicectomie a été aussi avancée par LEE en 1961 qui examine les données de registres médicaux concernant le nombre d'appendicectomies selon l'âge et le sexe, et comme les rapports d'autres auteurs, LEE conclut que l'appendicectomie inutile est particulièrement fréquente chez les jeunes femmes, et qu'il y a quelques 7000 à 8000 appendicectomies inutiles pratiquées en Angleterre en 1 an.

HARDING en 1962, rapporte son expérience personnelle quant aux interventions pratiquées pour appendicite, en donnant les résultats de l'examen macroscopique et histologique des appendices enlevés et en établissant un tableau selon le sexe et les catégories d'âge : sur la totalité des opérations, soit 1300 eppendices enlevés, il y a 515 appendices normaux, c'est-à-dire 39,6 %. La proportion par sexe et âge montre que les appendices normaux opérés son beaucoup plus fréquents chez les jeunes filles ou jeunes femmes de 11 à 20 ans : 91 appendices pathologiques contre 148 sains (soit 2/3 d'appendices sains) ; dans ce groupe, les symptomes qui ont permis l'erreur de diagnostic ne sont pas particulièrement d'origine ovarienne et HARDING estime que dans de nombreux cas il y a une grande part de phénomènes psychologiques : coïncidence avec la fin de la scolarité et le début du travail, travail insatisfaisant, dispute avec son ami et d'autres phénomènes plus communs à cet âge qu'à d'autres.

WALLACE en 1963, donne des renseignements identiques et INGRAMM et collaborateurs en 1965, ont montré que les résultats ne sont pas satisfaisants pour de tels malades chez qui l'appendice normal a été ôté.

Et c'est un autre chirurgien, HINTON en 1948, qui établit la liste des causes les plus fréquentes entrainant une douleur abdominale aigue :

- en premier il place : l'anxiété névrotique avec symptomes de conversion et autres facteurs psychogènes,
- en second lieu : les conditions psychophysiologiques telles qu'une ovalation douloureuse,
- et seulement comme troisième cause : les maladies véritablement somatiques qui nécessitent une sanction chirurgicale.

Dans le chapitre Historique nous avons rapporté les conceptions d'ISRAEL et collaborateurs, sur la iatrogènie, à propos du cas Béatrice... Notre intention n'est pas de revenir sur l'aspect théorique de ce problème.

Plusieurs de nos malades nous font envisager le rôle de la iatrogènie dans la pérennisation de leur appétence chirurgicale ; tout particulièrement Madame D, cette malade dont le dossier comporte la prescription de "sondages pour faire plaisir à la malade. Son histoire est très comparable à celle d'une malade étudiée par P. ABOULKER et L. CHERTOK en 1964.

Ils rapportent en effet le cas d'une femme qu'ils ont traitée à l'âge de 54 ans pour des troubles urinaires au long cours, ayant débuté cette symptomatologie à l'âge de 50 ans, 7 ans après une hystérectomie pour fibrome. A 50 ans, cette femme commence à subir une longue série d'examens, d'explorations endoscopiques et radiographiques et d'interventions chirurgicales, provoquées par des cystalgies à urines claires. Elle subira ainsi l'ablation de l'ovaire restant, jugé responsable des douleurs pelviennes et des troubles urinaires. Une psychothérapie commencée après 4 ans d'explorations apporte un soulagement rapide ; un nouvel examen cystoscopique est alors prescrit, pour vérifier si la capacité vésicale, antérieurement de 75 cm3, avait augmenté depuis la disparition de la pollakiurie. Cet acte entraine aussitôt une rechute de la symptomatologie urinaire, des difficultés dans la poursuite de la psychothérapie que la malade arrête bientôt en raison du peu d'amélioration ; elle se dirige alors vers un homéopathe.

Les auteurs n'indiquent pas leur conclusion diagnostique mais tirent des arguments de cette observation longtemps suivie pour établir la preuve expérimentale du rôle aggravant des actes médicaux dans la cystalgie à urines claires. Cette affection est pour eux la manifestation urinaire de troubles affectifs profonds : la plupart de ces malades ne présentent aucune affection organique, et leurs symptomes apparaissent ou s'aggravent en coïncidence avec des problèmes émotionnels ; cette hypothèse étiologique avait d'ailleurs été déjà soulevée par DEJERINE en 1908.

Chez notre malade, Madame D, le rôle aggravant des actes médicaux est très important. Les innombrables examens et interventions l'ont amenée peu à peu à s'interroger, puis à être sûre d'avoir quelque chose de grave, localisé à tel ou tel orage , puisqu'on y a fait porter tel ou tel examen ; Madame D nous dit à son entrée : "On m'a opérée de la hanche". Dans le contexte nous imaginions qu'elle avait pu subir une intervention réparatrice en raison de son ostéoporose ancienne : il n'en était rien et elle n'avait subi qu'une biopsie osseuse de la crête iliaque, mais elle l'avait vécu comme une intervention mutilante et invalidante.

Dans tous ces cas, le médecin a joué à son insu un rôle dans le scénario construit par les malades ; pour le médecin ainsi capturé la iatrogénie est l'une des issues.

Le Professeur GOSSET note que le nombre des maladies iatrogéniques est considérable, et que de nos jours, le recours presque systématique aux examens radiologiques a beaucoup fait multiplier les troubles iatrogéniques : "Combien de compte-rendus radiologiques rédigés en termes imagés ont alimenté et fixé des angoisses démesurées, quels fantasmes vont surgir chez l'ulcéreux qui apprend que son duodenum donne une image en "taille de guêpe", en "perle enfilée" ou en "poulpe ramifié" ?... Les ostéophytes "en bec de perroquet" du rachis faisaient dire à une malade que des oiseaux féroces lui rongeaient les vertèbres".

Tout ceci nous amène directement à évoquer non seulement le rôle, mais le comportement du médecin ou du chirurgien devant de tels malades. Cette attitude, en effet n'est pas toujours celle à laquelle on pourrait s'attendre : à la limite, certains auteurs ont pu souligner le rôle de collaboration "quasi délirante" entre malade et médecin.

Les motivations des praticiens sont variables mais mettent souvent en jeu "la toute puissance thérapeutique et la magie de l'action", pour reprendre une expression de BRISSET déjà citée.

J. DELAY en 1964, dans son discours à l'Académie de Chirurgie, disait : " Nous voyons de temps en temps arriver dans nos services des malades atteints d'affections mentales diverses qui ont subi

un nombre inusité d'interventions inéfficaces mais sont tout prêts à en solliciter d'autres. Exceptionnellement devant l'obstination avec laquelle un même chirurgien réopère les poly-opérés on en vient à se demander si l'opérateur lui-même ne pose pas un problème. N'est-il pas trop généreusement doué de la tendance incisive qui entre dans la composition du tempérament chirurgical ? Vous n'ignorez pas que certains psychanalystes insistent volontiers et même avec une pointe de sadisme sur cette composante, mais c'est vraiment une simplification bien étrange que de prétendre interprêter votre vocation, où se mêlent tant de contacts et d'influences diverses, variables selon chacun, par une "sublimation de l'agressivité ".

Nous ne pouvions mieux faire que de rechercher auprès des chirurgiens eux-mêmes l'explication de leur attitude et nous avons puisé plusieurs de nos réflexions dans les travaux de J. GOSSET, publiés entre 1961 et 1969, et dans ceux de COLDEFY.

Il semble que ce soit LERICHE qui, le premier, ait admis l'idée que toute opération représente un traumatisme physique non négligeable, car "elle est un acte contre nature". Cette notion est donc établie depuis une trentaine d'années. Il serait souhaitable, écrit GOSSET, que l'on admette l'importance du traumatisme psychologique qui n'est pas moindre. "La guérison au sens total du terme, écrit encore J. GOSSET, ne peut survenir que si le traumatisme psychologique a été réduit au minimum par une prévention et une cure qui réclament des méthodes d'approche du malade que l'on aimerait voir répandues non seulement auprès des chirurgiens mais aussi auprès des médecins". Comme le remarque J. GOSSET, il est un peu trop simple de rendre le malade seul responsable de ces drames chirurgicaux des poly-opérés. Pour qu'ils surviennent il faut bien l'aide et l'existence de quelques chirurgiens aveugles "cet aveuglement n'est pas toujours dicté par l'intérêt", mais il peut l'être parfois.

Dans un livre publié en Amérique en 1971 par WILLIAMS, "How to avoid unnecessary surgery", le problème envisagé est celui, non pas des poly-opérations, mais des interventions chirurgicales injustifées et le nombre élevé de 20 % environ d'opérations totalement inutiles est affirmé par WILLIAMS. Les conclusions qu'il en tire sur les chirurgiens opérant de façon injustifiée lui permettent de les classer en trois catégories :

- Un petit groupe constitué de véritables charlatans qui opèrent tout, toujours et partout et sans aucune conscience.

- Un autre groupe formé de chirurgiens qui ne sont pas au courant d'autres possibilités thérapeutiques non chirurgicales pour les malades qui viennent les voir.

- Le troisième groupe formé par des chirurgiens "sans véritable conscience chirurgicale" et il étaye cette affirmation sur le fait particulier que les malades assurés volontaires subissent deux fois plus d'interventions que les non assurés.

Les organes sur lesquels sont pratiquées ces interventions de façon intempestive sont : les amygdales, l'utérus et l'appendice. WILLIAMS note que plus de 50 % d'amygdalectomies et exérèses de végétations, que 30 % d'hystérectomies et que 20 % d'appendicectomies réalisées, ne sont pas du tout justifiées.

COLDEFY dans son article "Les attitudes psychopathogènes du chirurgien" trace la conduite que le chirurgien devrait a oir envers lui-même et envers son malade. Négligeant le problème des "accidents psychonévrotiques post-opératoires" dus à l'acte chirurgical, à l'anesthésie, encore que dans un certain nombre de cas, l'approche trop hâtive de la personnalité du sujet n'ait pas permis au patient d'être aidé lors de l'état anxieux très banal qui précède une intervention, il rappelle que la relation chirurgien-malade met en présence la personnalité du chirurgien et celle du malade à opérer ou ancien opéré. Le chirurgien en peu de temps, doit examiner, décider, expliquer, convaincre et pour un acte grave il doit obtenir la confiance totale d'une façon immédiate afin de réaliser dans son optique de chirurgien, l'intervention, action technique réglée, évènement local et anatomique dont il connait les risques et les résultats et qu'il peut ou non expliquer au patient. Or le malade ne connait pas cet acte chirurgical, la raison, la nature et envisage plus souvent le pire. Son attitude extérieure peut rester forte ou traduire la panique, l'anxiété qui peut être en rapport avec la peur de mourir ou la peur d'une affection de type malin. La personnalité du chirurgien intervient beaucoup, le plus souvent le malade s'abandonne et c'est le chirurgien qui se substitue à la propre conscience du malade. Dans l'art du chirurgien on peut retrouver un élèment physique, un élèment affectif mais aussi une part de magie, il peut

avoir la position d'un père tout puissant lui permettant de dominer son malade et la maladie. On peut noter chez certain d'entre eux le désir d'opérer, pourrait-on dire, à tout prix, et le malade pourrait alors avoir à souffrir d'indications trop poussées, trop systématiques ou d'indications trop audacieuses. L'entrainement dans le métier peut lui faire perdre le contact avec l'individu au profit de la technique, ou du fait de la publication, du cas rare entrainant alors le malade à jouer le rôle du "cas intéressant". Les défauts individuels des chirurgiens, comme chacun de nous, peuvent du fait de leur place, perturber, inquiéter le patient. Les qualités de fermeté semblent se tranformer en dureté, l'esprit de décision devient dictature, le sang froid devient froideur et mutisme, la concentration semble indifférence, la juste appréciation des risques apparait comme un manque de sensibilité, attitudes dont le résultat peut être peu favorable. Toute attitude systématique, toute position trop théorique, pragmatique va à l'encontre de ce qu'attend le malade. Toute attitude qui traduit un manque de pénétration des sujets et des situations, un manque de patience pour écouter les doléances, le fait taxer d'inhumanité et est une preuve d'inhumanité. Les poly-opérés peuvent avoir été victimes d'une mauvaise indication au départ, indication qui relève souvent en partie d'eux-mêmes, qui réclament 1 opération mais aussi du chirurgien qui l'accepte trop facilement.

MEYER de New York, dit que les maniaques du bistouri finissent toujours par rencontrer des chirurgiens qui sont eux-mêmes des maniaques du bistouri. On peut objecter que, si le chirurgien refuse d'opérer, le malade peut aller demander une intervention auprès d'un autre chirurgien. Le chirurgien, l'esprit attiré par les cicatrices, écoutera le malade lui raconter ses malheurs, ses douleurs, l'histoire de ses interventions et ne rejetera pas ce patient, en lui donnant la possibilité d'une prise en charge autre que par l'intermédiaire du bistouri.

CHARCOT déjà écrivait : "Certains sujets vont jusqu'à se faire amputer : ils sont atteints de mania operativa passiva et les chirurgiens eux, de mania operativa activa".

" Au cours de sa carrière, écrit encore COLDEFY, un gynécologue intelligent opère de moins en moins de rétroversion, fait de

moins en moins de section du nerf présacré, opère de moins en moins d'ovarites sclero kystiques". Pour COLDEFY la conclusion est définitive. "Tout ce que nous avons dit sur la responsabilité du chirurgien en matière de troubles psychopathiques chez les opérés, nous amène à conclure avec fermeté qu'à côté de la formation technique et scientifique de l'artisan qu'est le chirurgien, celui-ci doit être informé et bien informé, des problèmes psychologiques et psychiatriques de son métier. La structure du psychasthénique est telle qu'il ne peut s'empêcher de somatiser n'importe quelle péripétie de sa vie ou n'importe quel trouble fonctionnel. Et le chirurgien risque de s'engager dans une intervention inutile dont l'expérience montre qu'elle est génératrice de tous les ennuis possibles (et surtout d'interventions itératives que le malade réclame pour le soulager). Que peut-il espèrer puisqu'il ne guérit, ni le trouble somatique, ni la psychasthénie".

Le Professeur GOSSET en 1961, insiste lui, sur deux points. Si le diagnostic psychologique nous échappe si souvent c'est parce qu'il implique une méthode d'examen tout à fait différente de celle qui nous est familière. Dans l'examen clinique organique, seul le chirurgien est actif. Le malade n'a qu'à rester passif, coopérant et passif, qu'il réponde à des questions ou qu'il se fasse palper. Le diagnostic psychologique au contraire, est un diagnostic à deux, où chacun tour à tour doit être actif et passif. Trop souvent le chirurgien ne sait pas s'astreindre à rester passif, à se borner à écouter sans intervenir. Une autre faute habituelle consiste à dire au malade "Vous n'avez rien". Hélas, nous sous-entendons "rien" qui nous concerne en tant que chirurgien. Ce n'est qu'une dérobade difficilement excusable ".

Dans le même article le Professeur GOSSET note la valeur des symptomes, parlant d'une sorte de classification hiérarchique des symptomes, des maladies et des malades. "Dans cette hiérarchie que nous acceptons d'emblée, la fracture de Pouteau est en haut de l'échelle, les névroses sont en bas. Nous chirurgiens, nous méprisons ou négligeons ce qui est fluide, imprécis, ce que nous saisissons mal. Bien plus, le trouble névrotique étant généralement l'hypothèse restante quand on n'a pas pu établir un diagnostic de lésion organique, il s'est à peu près établi dans l'esprit du médecin une asso-

ciation automatique entre l'idée d'échec et le recours à une explication névrotique".

" Un autre élément intervient aussi dans la méconnaissance de ces états psychosomatiques. BALINT le définit comme la collusion de l'anonymat. Devant un cas difficile et les cas psychosomatiques le sont toujours, le médecin demande l'avis du consultant, des examens de laboratoire ; le radiologue et le chirurgien interviennent ensuite. Chacun d'eux se borne à apporter la réponse à la question précise et limitée qui lui a été posée. Mises bout à bout ces réponses conduisent à une indication thérapeutique, mais en réalité personne n'a l'entière responsabilité de la décision finale. La responsabilité s'est diluée. Avouons franchement que souvent nul ne s'en plaint". Il est encore une question difficile à résoudre. "Le chirurgien demandant une consultation psychiatrique pour un malade qui vient réclamer une intervention, va livrer un homme entier à l'investigation psychiatrique, le risque n'est pas négligeable. Si les conditions matérielles ne permettent pas l'institution d'une thérapeutique éfficace, la consultation se borne à un diagnostic. L'angoisse du malade ne peut alors que s'accroître. L'angoisse nait de l'incertitude. Le malade a compris que son problème dépasse le médecin et le chirurgien. Sa confiance en eux s'amenuise d'autant. Par contre il ne met pas sa confiance dans la thérapeutique spéciale dont il ne comprend pas la nécessité. La consultation a apporté plus de satisfaction médicale aux spécialistes que d'avantages pratiques au patient ".

C'est encore dans le même article qu'est envisagée la possibilité de permettre au chirurgien et au médecin de comprendre cette médecine de l'homme total qui suscite un certain scepticisme et une opposition. Or la dualité organique fonctionnelle est un artefact de la pensée médicale. COBB en 1952 disait que le seul concept applicable à la science médicale moderne est que l'homme est un tout, une unité en action.

" L'opposition aura aussi des raisons plus profondes. Le colloque psychosomatique n'engage pas seulement la personnalité du malade, ne concerne pas seulement les problèmes du patient. Deux hommes s'affrontent. Le résultat sera également influencé par les

problèmes psychologiques du malade et ceux du médecin. La relation médecin-malade confronte deux psychologies, deux tempéraments. Elle ne s'établit que sur "une base de satisfaction et de frustration mutuelles". Pour la réaliser le praticien doit accepter des changements de sa propre personnalité, changements limités bien que considérables. Y en aura-t-il beaucoup qui l'accepteront ? "

Pour Madame C, le problème de cette difficulté est apparue. Lorsque nous nous sommes mis en contact avec son chirurgien, la première réponse a été très évasive puis devant notre insistance à demander que l'opération soit tout au moins retardée du fait de l'état dépressif, le gynécologue nous a répondu que Madame C avait une amenorrhée secondaire, un ovaire scléro-kystique et que l'intervention était nécessaire et qu'i serait très souhaitable que se termine l'hospitalisation en milieu psychiatrique car ce séjour déprimait beaucoup sa patiente. La compréhension fut meilleure entre chirurgien et psychiatre lorsque se réalisa la confrontation que nous avons rapportée plus haut ; cette confrontation permit de recueillir le motif qui poussait le gynécologue : "L'opérer de son ovaire scléro-kystique la calmerait ".

Il est remarquable de noter que pour beaucoup de chirurgiens, l'inutilité éventuelle d'une intervention se discute encore et avant tout en tant que geste technique. Très récemment (Mars 1972), eut lieu une table ronde chirurgicale qui se proposait de faire le point sur la campagne américaine contre les interventions inutiles. Nous remarquons avec intérêt que seul le chirurgien plasticien envisagea ce problème sur le plan de la personnalité du malade ; le Professeur MOREL-FATIO dit en effet : "Plus complexe est le cas des dysmorphophobies, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit. En fait nous n'avons jamais une représentation objective de nos traits que nous ne connaissons qu'en 2 dimensions par le miroir ou la photographie. Beaucoup de sujets sont soignés par des psychiatres pour des dépressions pouvant aller jusqu'à des tentatives de suicide. Parmi eux, certains sont des délirants chez qui une intervention modificatrice sera suivie sans doute d'échecs, aggravant l'obsession qui se porte ailleurs ou est fixée sur le nez que l'on voudrait toujours améliorer par de successives retouches. Ce sont là des drames de la chirurgie esthétique mal indiquée et ils sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit. (La Nouvelle Presse Médicale, 11 Mars 1972).

Il est bien sur difficile de refuser l'intervention à un malade qui assiège la consultation, qui réclame de façon incessante et impérative qu'on l'opère, qui vient étaler ses douleurs et supplier qu'on le soulage. Or le Docteur FONTANEL, à propos des névralgies faciales, écrit tout récemment : " Il va de soi que toute lésion dûment reconnue doit être traitée, la décision étant prise indépendamment de la douleur qui ne constitue jamais par elle-même la justification d'un acte chirurgical. Cette position apparait comme l'expression de la prudence car ces malades sont souvent fragiles du point de vue psychologique et une "agression opératoire" n'est pas recommandée dans de tels cas. D'autre part, il est reconnu que nombre de ces patients ont été opérés plusieurs fois et que les résultats, pour brillants qu'ils aient été dans l'immédiat, n'en restaient pas moins des "guérisons" temporaires et parfois bien brèves... Certaines observations, prenant sans doute le malade à l'occasion d'une récidive, font état de succès obtenus par exérèse de cicatrices post-opératoires. Sur le moment il est indiscutable que ces malades ont été soulagés, et parfois totalement, de leur douleur, mais dans un pourcentage de cas qui s'accroit avec les mois la récidive survient in situ ou dans une autre région faciale. Le vrai problème est en fait tout autre et si la douleur ne peut être mise en doute, la solution n'est probablement pas dans une relation médecin-malade passant par un bistouri, même si cette attitude de refus d'opérer est parfois difficile à soutenir en face d'un malade réclamant une intervention à tout prix.

CONCLUSIONS

Ayant eu l'attention attirée par la relative fréquence des interventions chirurgicales itératives dans la biographie de malades que nous suivions en milieu psychiatrique, nous avons recherché les publications consacrées à ce problème. A leur lumière, nous avons revu alors, parmi d'autres, les dossiers de malades que nous avions suivi personnellement ou dont l'observation avait été prise assez complètement pour se prêter à cette étude. Ce travail nous a incité à quelques reflexions.

De la revue de la littérature que nous avons effectuée, nous retenons d'abord la faible incidence de ce problème dans les publications médicales, chirurgicales ou psychiatriques de langue française.

D'autre part, ce problème des relations entre troubles psychiques et poly-interventions n'est soulevé que de date relativement récente. Un premier groupe de travaux s'y est intéressé de façon fragmentaire à la fin du 19ème siècle et au début du 20ème siècle.

C'est à cette époque que CHARCOT s'élève contre la tendance de certains chirurgiens à pratiquer des interventions gynécologiques pour traiter l'hystérie, que MORSELLI étudie les dysmorphophobies, que DIEULAFOY décrit les pathomimies, que BLONDEL s'interroge sur les idées délirantes d'intervention chirurgicale chez une hypochondriaque suivie à la Salpêtrière.

Après une certaine éclipse entre 1920 et 1940, qui coïncide avec la "résistible ascension" de la Chirurgie, à cette époque particulièrement interventionniste, un regain d'intérêt pour ces problèmes se manifeste depuis une quinzaine d'années, avec l'essor de la psychosomatique, les tentative de la Psychiatrie de s'ouvrir au reste du monde, la réflexion des chirurgiens sur leur pratique qui viennent tempérer l'inflation des actes chirurgicaux.

Un éclairage nouveau est apporté après l'isolement par

ASHER en 1951 du syndrome de Munchausen, encore que ce syndrome ne se rapporte qu'à une minorité extrêmement particulière de polyopérés. Viennent ensuite des travaux anglo-saxons et de l'Europe de l'Est et des publications françaises à vrai dire peu nombreuses, qui, peu à peu cernent l'un des problèmes majeurs que posent ces "chirurgicomanes" : celui de leurs motivations profondes.

Les avis restent partagés dans ces publications récentes sur la classification nosologique de ces patients : beaucoup pensent qu'il s'agit de névrosés, d'autres estiment que ce sont des psychotiques.

Les observations que nous rapportons sont celles d'une douzaine de malades, hospitalisés en service psychiatrique pour des troubles divers, et ayant, pour dix d'entre eux des antécédents chirurgicaux chargés : leur biographie comporte de 2 à 14 interventions. Les deux malades restants ont été rapportés parce qu'ils possèdaient des élèments de personnalité tels qu'ils nous semblaient au bord de l'engagement sur la longue route des polyopérés.

Nous insistons sur le recrutement très particulier de nos malades, dont la prédominance féminine s'explique d'abord par les conditions administratives d'hospitalisation en service psychiatrique, excluant la mixité, et qui, du fait même de ce séjour en milieu spécialisé, ne sont certainement pas représentatifs de la moyenne des polyopérés, celles que connaissent par exemple les chirurgiens. Ceci ne nous parait d'ailleurs rien enlever à la valeur démonstrative de nos patients. Nous notons également qu'il a fallu entre 2 et 10 ans d'évolution après la première intervention, avec tout un cortège de troubles patents du comportement, pour que ces malades fussent confiés au psychiatre. Ce recours au psychiatre est loin d'apporter la solution définitive que l'on attend trop souvent de lui ; bien souvent, cela n'a pas empêché la poursuite de la quête chirurgicale, voire même de nouvelles interventions.

Comme on pouvait s'y attendre, le retentissement socio-économique de tels comportements est lourd : sur 12 malades, une seule continue à travailler, deux s'occupant de leur foyer, les autres touchent régulièrement des prestations sociales d'invalidité ou d'arrêt de travail, depuis 2 à 10 ans.

Enfin, parmi les très nombreux organes enlevés, la place de choix revient aux organes génitaux, presque ex-aequo avec les organes abdominaux; tout de suite après viennent les interventions sur le massif facial. La fréquence relative des opérations sur le rachis et particulièrement des greffes vertébrales, nous paraît devoir être souligné.

Sur un plan plus spécifiquement psychiatrique et en opposition avec les travaux d'autres auteurs, nous comptons seulement pour les 10 malades polyopérés 1 nèvrose hystérique, mais par contre 2 schizophrénies, 5 délires chroniques hypochondriaques, 1 psychopathe, et 1 personnalité pathologique et pour nos deux malades ayant une appétence chirurgicale, 1 hystérie, 1 schizophrènie.

Cette prédominance d'états psychotiques nous paraît très remarquable et elle ne semble pas seulement liée au recrutement particulier de nos polyopérés. Ceci toutefois ne veut pas dire que les hystériques ne soient pas polyopérés. Mais il nous semble que beaucoup des polyopérés présentent des états voisins des psychoses, ou qu'en tous cas le risque est grand de les voir verser dans des formes graves de maladies mentales.

Le comportement de ces malades polyopérés nous semble en effet mettre en jeu un certain nombre de facteurs.

- Ils posent le problème de leur vécu corporel. C'est particulièrement évident chez celles de nos malades qui sont dysmorphophobiques et où il existe à la fois un trouble de l'image de soi, un désir narcissique de se montrer, mêlé à la crainte d'être laid et un déplacement des problèmes affectifs vers des préoccupations portant sur l'un ou l'autre de leurs organes. Ce mécanisme a pour fonctions essentielles le déplacement de l'angoisse du sujet. Mais il apparaît que certains individus n'ayant aucun trouble du schéma corporel se font cependant polyopérer, et inversement certains malades dépersonnalisés avec troubles du schéma corporel, ne s'engagent pas dans cette voie chirurgicale.

- Ils posent également le problème de la douleur en temps que moyen de communication avec autrui : elle peut réaliser un véritable statut social pour l'individu qui lutte apparemment avec bravoure contre une telle adversité. Dans certains milieux socioculturels la douleur semble en rapport avec la nécessité d'utiliser

le langage du corps pour la communication au sein d'un environnement conçu comme étranger. Enfin, il paraît exister une association riche en valeurs symboliques entre culpabilité, ressentiment, hostilité et douleur.

- Ils posent le problème du rôle de ces actes d'auto-agression (par personne interposée) sur la cohésion du moi et il est séduisant de les interprêter comme des mécanismes de défense contre "quelque chose de plus grave".

Ce quelque chose n'étant autre que le naufrage dans la psychose. Il nous paraît tout à fait remarquable que chez plusieurs de nos malades l'arrêt de la demande chirurgicale ou de la réponse favorable à cette demande s'accompagne d'une dissociation de la personnalité comme si, une fois débordé ce barrage que constituaient les mutilations propitiatoires successives, rien ne les empêchait plus de verser dans la psychose. Ceci va dans le sens suggéré par plusieurs auteurs qu'une personnalité menacée de désintégration se raccroche désespérèment à divers compromis névrotiques dans l'espoir d'éviter la catastrophe majeure qu'est la psychose.

Notons également qu'il n'est pas indifférent que ces actes d'auto-agression soient perpétrés par un tiers : l'intérêt particulier de la chirurgie est de faire intervenir un personnage intermédiaire à qui l'on fait endosser la responsabilité de tout ce qui arrivera ensuite.

Ceci amène à discuter le rôle du médecin et du chirurgien devant de tels malades. C'est un rôle majeur (puisque sans lui il n'y aurait pas de polychirurgie), il lui faut être singulièrement averti, car les symptomes qué lui apportent ces malades peuvent amener le plus consciencieux à considérer l'indication opératoire comme formelle.

Nous ne voudrions pas croire à l'existence d'une frange minoritaire de chirurgiens mercantis. Nous les ignorons tout en sachant que, à cause de certains circuits commerciaux (dont certains de nos malades connaissaient les adresses) il devient difficile d'empêcher que nos polyopérés continuent leur périple...

Pour le chirurgien le plus honnête, il ne s'agit plus de connaissance chirurgicale au sens technique, mais de pénétrer la personnalité de son patient. Et le problème n'est pas seulement

de reconnaitre le problème psychologique qui a amené à consulter mais de ne pas rejeter ce malade et de lui donner une possibilité de prise en charge par lui-même ou par le psychiatre. Car la possibilité d'interrompre, de limiter une carrière de polyopéré ne nous parait possible qu'à la condition d'une prise en charge précoce à une époque où le refuge dans la maladie, le retentissement socio-professionnel, la dépendance affective vis à vis du chirurgien, les bénéfices secondaires n'ont pas encore créé un comportement irréversible. Au delà d'un certain seuil, sans doute précoce, ni l'acte chirurgical, ni la prise en charge psychiatrique ne permettraient à ces malades de trouver une autre façon de vivre.

Vu, le Président de Thèse,

J. CAMBIER

Vu, le Doyen,

A. GROSSIORD

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,

R. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

ABOULKER P., CHERTOK L., SAPIR M. - Psychosomatique et chronicité - Paris, Maloine, 1964, 371 p.

ACHTE K. A., KAUKO S. K. - Das Munchausen - Und Ahasverus Syndrom - Acta Psychom. Scand., 1964, 40, n°2, 121 - 132, Bbg (19 ref).

ALAJOUANINE Th. - Dir. - La douleur et les douleurs - Michaux : Les aspects psychiatriques de la douleur somatique - Paris, Masson, 1957, 345 p.

ASHER R. -
Lancet, 1951, 1, 339 - 341

ASHER R. - Munchausen syndrome - British Med. J., 1958, Déc.

BAGAN M. - Munchausen syndrome . A case and a review of the litterature -

BALINT M. - Le médecin, son malade et la maladie - Paris, P. U. F., 1960, Nelle Edition : Paris, Payot, 1966.

BARKER J. C. et codl. - An investigation of a case of Munchausen syndrome (Hospital addiction) under deep hypnosis : report of a clinical conference - Amer. J. Clin. Hypn., 1965, 8, Oct., 128 - 139.

BARKER J. C. - The syndrome of Hospital Addiction (Munchausen syndrome) A report of the investigation of 7 cases - J. Mental Sc., 1962, 108, Mars, 167 - 182, Bbg (28 ref).

BARKER J. C., GRYGIER T. G. - An psychological analysis of the Munchausen syndrome. Request for information - British Med. J., 1958, Nov, 1274 - 1275.

BAZEX A., CORRAZE J. - Les Pathomimies - Rev. Prat., 1966, XVI, n° 15, mai, 2975 - 2084.

BELET Al M. - Contribution à l'étude des pathomimies cutanées - Thèse Médecine Nantes, 1967, Bbg (214 ref).

BEN BURSTEN M. D. - On Munchausen's syndrome - Arch. gen. Psychiat., 1965, 13, Sept, 261 - 268, Bbj (29 réf)

BERTHAUD - GIBELLO - Schéma corporel et image du corps - Perspectives psychiatriques, 1970, 3, n° 29.

BIRCH C. A. - Munchausen's syndrome - Lancet, 1951, Fév., 412.

BLANTON - KIRK - A psychiatric study of 61 appendicectomies cases - Ann. Surg., 1947, 126, 350.

BLONDEL C. - Les Automutilateurs - Paris, 1906.

BLONDEL C. - La conscience morbide - Essai de Psychopathologie générale, Paris, Alcan, 1913, 335 p.

BORNSTEIN S. - Simulation et Psychiatrie - Entretiens Psychiatriques, 1966, 12, 117 - 156. Privat Edit.

BOUDIN G. - LAURAS A. - CELERIER M. - Le danger que peut représenter le comportement hystérique d'une malade dans l'équilibre de son colloque avec le médecin. - Congrès de Lausanne, 1965.

BOUDON - CARAVEN - Un cas de mythomanie : double trépanation pour accidents méningés simulés - Encéphale, 1909, 4, 374 - 382.

BOUHOUR J. P. - Problèmes posés au médecin par certains traumatisés anciens - Rév. Méd. Psychosomat., 1968, 10, n° 2, 113 - 137.

BRISSET C. - Hystérie et Pathologie psychosomatique - Rev. Prat., 1964, 14, n° 11, 1459 - 1470.

BRISSET C. - Hystérie et Psychosomatique. Les rapports de la structure et de l'histoire - Evol. Psychiat., 1970, XXXV, 2, Avril, juin, 377 - 404.

BRODIE - Sur l'affection hystérique des jointures citées par Gilles de la Tourette.

BUREAU Y. et coll. - Les Pathomimies cutanées - J. Méd. Nantes, 1968, oct., 8, 279.

BRUNSWICK R. M. - En supplément à l'histoire d'une névrose infantile de Freud - Rev. Frse Psychanalyse, 1971, XXXV, Janv., 5 - 46.

CARRODOUS A.L. - EARLAAM M. S. S. - Hematuries a feature of the Munchausen syndrome. Report of a case - Austral. New-Zeal J. Surg. Austral., 1971, 40, n° 4, 365 - 367.

CHAMPEAU - Chirurgie et Psychosomatique - Rev. Med. Psychosomat., 1959, 1, n° 3, 197 - 204.

CHAPMAN J. S. - Missing Hospital patients - J. A. M. A., 1955, 157, 841 - 842.

CHAPMAN J. S. - Hospital patients - J. A. M. A., 1955, 159, 213 - 214.

CHAPMAN J. S. - Wandering patients - J. A. M. A., 1956, 160, 414 - 415.

CHAPMAN J. S. - Peregrinating problem patient Munchausen's syndrome - J. A. M. A., 1957, oct., 927 - 933, Bbg (15 ref).

CHARCOT - Maladie du système nerveux -

CHARCOT - L'hystérie chez l'homme - Leçons du mardi à la Salpétrière, Paris, Le Courrier, 1889.

CLARKE E. - MELNICK S. - The Munchausen syndrome and the problem of Hospital Hoboes - Amer. J. Med., 1958, 25, 6 - 12 - Bbg (19 ref).

COLDEFY - La rencontre du Psychiatre et du Chirurgien - Médecine de France, 1964, n° 151.

COLDEFY - Les attitudes psychopathogènes du Chirurgien - J. Méd. Bruxelles, 1966, Juil., n° 4, 779.

COLDEFY - LAUNAY J. - Attitudes et conduites psychosomatiques en Chirurgie - E. M. C. Psychiat., 1968, 37490, A 10, 18.

CORRAZE J. M. - Mutilation chirurgicale d'un bras avec lymphoédeme et découverte d'épingles à la radio - Bull. Soc. Fr. Derm. et Syphil., 1965, 72, n° 2, 192.

COURBON - Chirurgie et Psychiatrie - Ann. Med. Psychol., 1926, 1, 113

CRAMER B. - GERSHBERG M. - STERN M. - Munchausen syndrome : its relationship to malingering , hysteria and the physician patient relationship. Arch. Gen. Psychiat., 1971, 24, n° 6, 573 - 578, Bbg (29 ref).

DAVIS E. - Munchausen's syndrome - Lancet, 1951, April, 910.

DELAY - La doctrine psychosomatique - Presse Méd., 1947, n° 72, 833 - 834.

DELAY J. - PICHOT P. - Diagnostic de la réticence et de la simulation par des tests mentaux - Ann. Med. Psychiat., 1951, Juil.

DELAY J. - Introduction à la Médecine psychosomatique - Paris, Masson, 1961.

DELAY J. - Le Chirurgien et la Psychiatrie - Presse Méd., 1964, 72, n° 49, 2953 - 2957.

DESCROZAILLES - Les algies de la face vues par le stomatologiste - Feuillets du Patricien, 1972, Mars, 37, n°3.

DIEULAFOY - Escarres multiples et récidivants depuis 2 ans 1/2 aux 2 bras et aux pieds - Amputation du bras gauche - Discussion sur la nature de ces escarres - Pathomimie - Communication faite à l'Académie de Médecine, 9 juin 1908, Presse Méd., 1908, 16, n° 47, 369.

DOLTO - Personnologie et Image du corps - La Psychanalyse, 1961, 6, 59.

DROUET M. - Etude comparative des antécédents médico-chirurgicaux de 100 Malades hospitalisés en Psychiatrie - Thèse Méd. Paris, 1964.

DUPERRAT B. - Précis de Dermatologie - Paris, 1959, 454 - 456.

DUPRE - LOGRE - Hystérie et Mythomamie - Congrès Alienat. et Neurol. de Langue Frse, 1912.

EDGERTON M. D. et coll. - Surgical psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery : 98 consecutive patients with minimal deformity - Brit. of Plastic Surg., 1959, 136 - 145.

EY H. - Introduction à l'étude actuelle de l'ystérie - Rev. Prat., 1964, XIV, II, avril.

EY H. - Etudes psychiatriques
1) Hypochondrie : T 1
2) Perversité et Perversions : T 2, p. 261
Desclée de Brower, 1950

EY H. - AJURRIAGUERA J. de - HECAEN H. - Les rapports de la Neurologie et de la Psychiatrie - Paris, Hermann, 1947.

FAIN - Traumatisme psychique et acte opératoire - Rev. Med. Psychosomat., 1959, 1, n° 3, 205 - 212.

FEICHER D. - Malingering, a symptome - J. Nerv. Mental. Dis., 1956, 123, 23 - 31.

FISCHER S. - Body image and personnality - Princeton, (N. J.) D. Van Nostrand Co. Inc, 1958, 420 p.

FOLLIN S. - AZOULAY J. - Les altérations de la conscience de soi - E. M. C. Psychiat., 1961, 37125, A 1, 1 - 4.

FONTANEL J. P. - Les algies faciales vues par l'Oto-Rhino-Laryngologiste - Feuillets du Patricien, 1972, mars, 37, n° 3, 169 - 187.

FOURNET F. - Contribution à l'étude des dysmorphophobies - Thèse Méd. Paris, 1966.

FRANKEL E. - Munchausen's syndrome - Lancet, 1951, 911.

FREUD S. - Cinq psychanalyses - P. U. F., Paris, 1966.

FREUD S. - BREUER J. - Etudes sur l'hystérie - P. U. F., Paris, 1956.

FREUD S. - Inhibition - Symptome - Angoisse - P. U. F., Paris, 1965.

FREUD S. - Essais de Psychanalyse - Paris. Ed. Petite Bibliothèque Payot, 1963.

GAUTIER T. - Aventures du Baron de Munchausen - Traduction nouvelle par Gautier fils - Illustration de Gustave Dore, Paris, 1862.

GILLES de la TOURETTE - Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie - Paris, Plon, 1891, 3 vol.

GOSSET J. - Le Chirurgien devant les problèmes psychosomatiques - Sem. Hôp. Paris, 1961, juin, 1899 - 1907.

GOSSET J. - Le Chirurgien, le malade et la maladie - Presse Méd., 1969, 77, n° 13, 491 - 494.
n° 16, 601 - 604.

GUIMOT - Syndrome pseudo-héroïque et utilisation névrotique du corps - Congrès de Psychiat. et de Neurol. de langue Frse, Bruxelles, 1969.

GUIMOT P. M. - DELAMAYE B. - Etude clinique et critique de la notion de déplacement de symptôme en médecine psychosomatique - Congrès de Psychiat. et de Neurol. de Langue Frse, 1969, LXVII, Session Bruxelles.

HALL P. - The background of a Munchausen patient (Hospital Addiction) - Postgrad. Med. J., 1966, 42, déc., 791 - 793.

HARDING H.E. - A notable source of error in the diagnosis of appendicitis - Brit. Med. J., 1962, 2, 1028 - 1029.

HAY - Dysmorphophobie - Brit. J. Psychiat., 1970, 116, 399 - 406.

HAY - Psychiatric aspects of cosmetic nasal operations - Brit. J. Psychiat., 1970, 116, à paraître.

HIPPOCRATE - Des eaux, des airs , des lieux : Rapport de la folie sympathique avec les maladies de l'estomac et des organes génitaux - cités par Picqué.

HOLLANDER M. M. - The psychological concomitants of plastic surgery - Brit. J. Plastic Surg., 1959, 58 - 263.

HYATT I. - Munchausen syndrome - Sinaï Hosp. J., 1959, 8, 167 - 170.

ISRAEL L. - DIGELMANN D. - DREYFUSS J. P. - HESS R. - RITTER - SCHAETZEL J. C. - La Médecine iatrogène - Rev. Med. Psychosomat. Psychol. Med., 1970, n° 4.

ISRAEL L. - GURFEIN - Le vieillisement de l'hystérique - Evol. Psychiat., 1970, XXXV, fas. II, avril - juin, 365 - 376.

ISRAEL L. - Aix en Provence, 1971, à paraître.

ISRAEL L. - DEPOUTOTOT J. C. - KRESS J. J. - SICHEL J. P. - Hystérie - E. M. C. Psychiat., 1971, 37540, A 10, 1 - 20 - Bbg (40 ref).

JANCUSKA M. et coll. - Munchausen syndrome - Vnitrni Lek., 1968, 14, nov., 1075 - 1079.

JANET P. - Les obsessions et la psychasténie - Paris, Alcan, 1908, 2 vol.

JONCKHEERE M. P. - Le syndrome pseudo-héroïque - Aspects psycho-dynamiques et médico-légaux - Congrès de Psychiat. et de Neurol. de Langue Frse, Bruxelles, 1969.

JONES A. - LLEWELLYN J. - Malingering or the stimulation of discase - London, W. Heinemann, Ltd, 1917.

KLOTZ M. P. et coll. - La médecine psychosomatique, Paris, Expans. Scientif. franç., 1965, 250p.

KORKINA M. V. - Signification clinique du syndrome dysmorphophobique, une variante de début de la schizophrénie - Zh. Nevrop. Prikhiat., 1961, 61, 1.

LAFFORGUE - DEMANGEAT - HIGOUNENC - Langage et corps (Réflexions au terme du séminaire de relaxation)- Evol. Psychiat., 1970, XXXV, 1 : janvier - mars, 199 - 214.

LARDENNOIS G. - Les periviscérités adhésives de l'abdomen - J. Méd. Frse, 1926, 15, n° 2, févr., 61 - 71.

LARDENNOIS G. - Les péricolites chroniques - Congrès de Chirurgie, 1937.

LAXENAIRE M. - DRUESNE D. - DEMOGEOT - Cure de sommeil et schéma corporel - Evol. Psychiat., 1971, XXXV, 2, 379 - 397.

LEE J. A. N. - Appendicites in joung women - Lancet, 1961, 2, 815 - 817.

LEGER - VARANGOT - SOURNIA - Table ronde - Pratique-t-on beaucoup d'interventions chirurgicales inutiles ? Nouv. Presse Méd., 1972, mars.

LEMPERIERE T. - PERSE J. - ENRIQUEZ M. - Symptômes hystériques et personnalité hystérique (étude clinique et psychométrique) - Congrès de Psychiat. et de Neurol. de Langue Frse, 1965, sept., 53ème session - Lausanne.

LIPOSWSKI Z. J. - L'individu face à la maladie physique - Rev. Med. Psychosomat., 1971, 13, n° 3, 235 - 249.

LIPOSWSKI Z. J. - Consultations de Psychiatrie et médecine psychosomatique à l'Hôpital général - Rev. Med. Psychosomat., 1969, 11, n° 1, N° 3.

MARTY P. - MUZAN M. de - DAVID C. - L'investigation psychosomatique - Paris, P. U. F., 1963, 263 p.

MENNINGER K . A. - Psychology of a certain type of malingering - Arch. of Neurol. and Psychiat., 1935, 33, n° 1, 507 - 515.

MENNINGER K. A. - Polysurgery and polysurgical addiction - Psychoanal. Quart., 1934, 3, 173 - 199.

MENNINGER K. A. - Man Against Himself - Londres, Harcourt and Broce, Edt., 1938.

MERSKEY H. - SPEAR F. G. - Pain - Psychological and psychiatric aspects - Londres, Baillière, Tindall and Cassel, 1967, 223 p.

MEYER B. - Quelques aspects du rôle de la Psychiatrie en Chirurgie - Rev. Med. Psychosomat., 1959, 1, n° 2, 101 - 114.

MIROUZE R. - Névroses actuelles - E. M. C. Psychiat., 1967, 37330 A 10, 1 - 16.

MOREL-FATIO - Problèmes psychologiques et morphologiques de la Chirurgie esthéthique de la face - Presse Méd., 1962, 70, n° 36.

MORSELLI - Sullo dismorfofobia e sullo tagephobia - Boll. Acad. Med. Genova, 1886, VI, 110 - 119.

NACHT S. - Le masochisme- Paris, Payot, 1965, 3è Ed., 184 p.

NARD - SABY - La périviscérité essentielle - maladie rare à évolution redoutable - Bordeaux Chirurgie, 1950, n° 4, oct, 160 - 163.

PAYNE J. E. et coll. - Munchausen syndrome masquerading as pulmonary embolism - Med. J. Aust., 1971, n° 1, mars, 661.

PERRAULT M. - KLOTZ - SOLIGNAC - Un cas français de syndrome du Munchausen - Gazette Hôp., 1951, 14 juil., 336.

PICAUD A. - Des tenants et des aboutissants psychologiques et psychiques de la Chirurgie plastique faciale - Nice Med., 1966, 4, 2, 49 - 57.

PICQUE - Psychopathies et chirurgie - Paris, Masson, 1912.

PICQUE - Hystérie et chirurgie - Acad. Med., 1913, fév.

PIERCE-JAMES I. - On hypocondria - Med. J. Austral., 1960, II, n° 14, oct., 521 - 525.

PRIEST - Munchausen syndrome - Lancet, 1951, 474.

RACOUCHOT J. - Pathomimie - Dieulafoy et le syndrome de Munchausen - Presse Méd., 1962, 70, n° 23, 1171 - 1173.

RANGELL - Psychiatric Aspects of Pain - Psychosomat. Med., 1953, 15, 22 - 37.

RICHER S. - La notion d'image du corps et certaines recherches récentes sur la personnalité - Entret. Psychiat., 1964, 10, 216, - 236.

RICHOU - DECHATY - Les troubles psychiatriques après hystérectomie et ovariectomies - Presse Med., 1964, 72, n° 13, 755 - 758.

ROSOLATO G. - Introduction à l'étude de l'hystérie - E. M. C. Psychiat., 1962, 37335, A 10, 1 - 6.

RZEWUSKA - SZATKOVSKA M. et coll. - The Munchausen syndrome - Psychiat. Polonia, 1971, 5, 225 - 230.

SAPIR M. - BRISSET Ch. - Pathologie psychosomatique et formation psychologique du Médecin - E. M. C. Psychiat., 37400, G 10 - 1 - 4.

SCHILDER - Traduction - L'image du corps - Paris, NRF, 1968 - (The image and appearance of the human body) - International University, Press 1951.

SCHILDER - Notes on the psychopathology of pain in nevroses and psychosis - Psychoanalyt. Rev., 1931, 18, 1 - 22.

SCHNEIDER P. B. et coll. - Contribution à l'étude de l'hystérie - Congrès de Psychiat. et de Neurol. de Langue Frse, 1965, sept., LXIII session Lausanne.

SELVINI M. P. - Contribution à la psychopathologie vecu corporel - Evol. Psychiat., 1967, XXXII, 1, 149 - 173.

SENDBUEHLER J. M. - NEMETH G. A. - Munchausen's syndrome - A note on schizoïde mechanisms - Canad. Psychiat. Ass. J., 1967, 12, 317 - 321 - Bbg, (15 réf).

SHEPLEY W. H. - Hysteria and the Munchausen syndrome - Brit. Med. J., 1958, Sept., 690.

SONNENTHAL - Hysteria and malingering in nurses - Arch. Neurol. Psychiat., 1944, 51, 207 - 208.

SOULLARD J. - Périviscérités - E. M. C. Péritoine, 1953, 4, 2039, A 10, 1 - 14.

SOULLARD J. - Périviscérités digestives - E. M. C. Estomac, Intestin, 1960, 4, 9077, E 10, 1 - 8.

SOULLARD J. - HOUDART C. - Thérapeutique des périviscérités - E. M. C. Techniques, 1953, 9, 25560, A 10, 1 - 9.

SPEAR - A study of pain of a symptôme in psychiatric illness - Thèsis Britol. University, 1964.

SPEAR - An examination of some psychological theories of pain - Brit. J. Med. Psychol., 1966, 39, 349 - 355.

SPIRA M. - CHIZEN J. et coll. - Plastic surgery in the Texas systeme - Brit. J. Plastic Surgery, 1965, 365 - 371.

SPIRO M. R. - Chronic facteurs Illness - Munchausen's syndrome - Arch. Gen. Psychiat., 1968, 18, 569 - 579, Bbg (90 ref).

SZASZ T. S. - Malingering-diagnosis or moral condamnation - Arch. Neurol. Psychiat., 1956, 76, 432 - 443.

SZASZ T. S. - Pain and pleasure - A study of bodilly feelings - London, Tavistock Publications, 1957.

THIVET - Simulation et dissimulatinn de la folie - Ann. Med. Psychiat., 1964, XX, 8ème série.

TODD J. -
Lancet, 1951, mars, 527 - 528.

TREW P. et coll. - The Munchausen syndrome masquerading as pulmonary embolism - Med. J. Aust., 1970, 2, oct., 637 - 641.

TRUBERT - Contribution à l'étude de l'hystérie et de la mythomamie - Paris, n° 134, Le Grand, Edit., 1929.

VAIL D. J. - Munchausen returns . A case report - Psychiat. Quart., 1962, 36, 317 - 324.

VALLAT J. M. - LEGER J. M. - DESTRUHAUT J. - GAROUX R. - Dysmorphophobie - Syndrome ou Symptôme ? Ann. Med. Psychol., Paris, 1971, 2, n° 1, 45 - 66.

WARD Mc Quard - Munchausen syndrome - Lancet, 1951, 1 - 475.

WAYNE E. - JACOBSON et coll. - Psychiatrie evolution of male patient seeking cosmetic surgery - Plastic et Reconstructive surgery, 1960, 26, n° 4, 356 - 372, Bbg, (51 réf.).

WILKS - Munchausen syndrome - Lancet, 1951, 1 - 475.

WILLIAMS B. - Munchausen's syndrome - Lancet, 1951, mars, 527 - 528.

WINGATE - Munchausen's syndrome - Lancet, 1951, fév., 412 - 413.

WINNICOT D. W. - Les aspects positifs et négatifs de la maladie psychosomatique - Rev. Med. Psychosomat., 1969, 11, n° 2, 205 - 216.

WRIGHT D. J. - "Pseudo-stricture" of the urethra - A case of Munchausen's syndrome - Brit. J. Venet. Dis, 1969, 45, 248 - 249.

YORK J. R. - A case of Munchausen's syndrome with an unusual presenting symptome - Med. J. Aust., 1967, n° 14, Oct., 538 - 539.